Edgar Cyriax

MASSAGE ET GYMNASTIQUE

AFFECTIONS DE LA FEMME

Indications, Contre-Indications Dosage

DU

TRAITEMENT KINÉSIQUE

PAR

H. STAPFER

Ancien président de la Société de Kinésithérapie de Paris
Ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique
Chargé de mission en Suède (1891)

PARIS
6, RUE ANTOINE-DUBOIS
(Clinique des Maladies des Femmes)

1905

KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS DOSAGE

1re PARTIE. — INDICATIONS

PRÉAMBULE

Les Drs Labadie-Lagrave et Legueu disent que, dans mon Traité (1) j'ai considérablement élargi le champ des indications. Il est, en effet, très large puisque la kinésithérapie est une méthode de diagnostic (2) et de thérapeutique, et que cette dernière embrasse, de la veille de la puberté au lendemain de la ménopause, la plupart des affections génitales, tous les troubles de fonction et les dislocations. Les indications du traitement kinésique parcourent donc le *cycle entier de la vie génitale.*

Le chapitre qui les concerne dans mon livre est trop synthétique, trop condensé. Je me propose d'en donner ici l'analyse détaillée et de passer en revue tous les cas auxquels s'adresse la méthode. Pour savoir si elle s'applique à telle ou telle malade, et comment l'appliquer, le médecin n'aura qu'à consulter ce manuel ou guide pratique. La technique des manœuvres de massage et de gymnastique manquera forcément, mais elle est décrite et représentée dans mon Traité. Le lecteur

(1) Traité de kinésithérapie gynécologique. Paris, Maloine.
(2) *Loc. cit.*, p. 53, 54, 55, 56, et *passim.*

n'aura qu'à s'y reporter, et j'aurai soin d'indiquer le numéro des pages et les figures à consulter.

La kinésithérapie est indiquée par tous les troubles de fonction des organes génitaux et par la grande majorité de leurs affections. Les troubles de fonction existent en dehors de toute affection ; mais les affections n'existent pas sans troubles de fonction. Il semble donc que la meilleure didactique consiste dans la division suivante : indications fournies par les troubles de fonction ; indications fournies par les affections génitales. Entre deux ou à leur suite, il convient de placer les dislocations.

Tel est le plan que j'adopte, parce qu'il faut avoir un cadre ; mais la clinique fait sauter l'assemblage des cadres. Où commence la maladie ? A quel moment le trouble de fonction qui entretient, perpétue la maladie, et peut même la créer n'est-il plus essentiel ? Cela est impossible à dire.

Or, je veux avant tout être pratique. Pour cette raison, je ne suivrai pas la méthode synthétique qui consiste à réunir tous les accidents de même ordre, quels que soient leur cause et le moment de leur apparition au cours de la vie génitale, et à décrire par exemple toutes les méno et métrorrhagies dans un seul chapitre. J'adopte une méthode d'analyse clinique qui consiste à partir de la puberté pour aboutir au terme de la vie génitale, et à étudier d'abord les troubles de fonction dans l'ordre où ils paraissent, pendant la virginité, après la virginité, pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, l'allaitement, la ménopause. Les affections génitales et les dislocations suivront.

De cette façon, le lecteur verra l'étroite dépendance des maladies et des troubles de fonction ; comment ils

les perpétuent, les aggravent ou même les créent, à quel moment, dans quel ordre, par quelle raison les unes et les autres paraissent, dans quelle mesure la nomenclature classique, encombrée de plus de mots que de faits, peut être simplifiée, et de quelle façon un traitement *phagocytocique* et *dynamogène*, qui se dose comme une drogue, peut les prévenir, les faire disparaître ou les atténuer, faciliter leur diagnostic, préparer d'autres interventions, ou échouer.

A. — TROUBLES DE FONCTION

—

A. INDICATIONS PENDANT LA VIRGINITÉ

MÉNORRHAGIES

PUBERTÉ PRÉCOCE. RÈGLES PROFUSES ; AVANCÉES ; DE QUINZAINE ; PROLONGÉES ; CONTINUES.

Dès la formation, même précoce, les vierges présentent parfois des ménorrhagies. J'ai vu deux fillettes, dont l'une réglée beaucoup trop tôt, en proie à des pertes rouges assez considérables pour les anémier gravement, si la méthode kinésique avaient échoué. Elle réussit difficilement dans un cas, vite dans l'autre. Les deux enfants étaient issues de mère ou père neurasthéniques et même dégénérés. Il y a un lien entre les troubles de fonction précoces et les névroses graves.

En dehors de ces exceptions, quantité de vierges prédisposées par le neuro-arthritisme ont, sous des influences variables (changement d'hygiène, de climat, émotion, fatigue exceptionnelle, etc.), des *règles profuses* ou des *règles avancées*. Celles-ci se montrent pendant

le second molimen ou à son issue, en moyenne le XXIe jour (1).

Les *règles de quinzaine* sont la conséquence de la congestion du premier molimen et paraissent le XIVe ou le XVe jour.

Les *règles prolongées*, ou queues de règles (Pajot), caractérisées par un suintement sanguinolent qui tarit

(1) A dater de la puberté, les règles doivent se montrer chaque mois. Normalement, dans l'espèce humaine, le temps qui s'écoule du début d'une menstruation au début de la menstruation suivante est égal à celui des révolutions lunaires, soit XXVIII jours. Pendant *toute la durée de ces XXVIII jours, et non pas seulement au moment des règles*, comme on le pense en général, les vierges, les femmes et surtout les malades sont exposées à des troubles vaso-moteurs, à des congestions dont le quantième est à peu près fixe. Il est capital en gynécologie, très important en médecine générale, et notamment en neuropathologie, de connaître ces dates. Pour savoir à quel quantième une femme est parvenue, on compte à partir du premier jour des règles. Des médecins qui ont voulu contrôler mes observations ne les ont pas d'abord trouvées justes. Ils comptaient mal ; les expressions classiques : période intercalaire ou intermenstruelle, dont je m'étais servi pour désigner la période de XXVIII jours, les induisaient en erreur. Ces termes sont en effet défectueux ; car à moins de les définir chaque fois qu'on les emploie, et de rappeler qu'une menstruation est comprise dans chaque période intermenstruelle, celle-ci se présente toujours à l'esprit comme le temps qui sépare la *fin* d'une menstruation du commencement de la menstruation suivante. Or ce temps ne peut être pris pour base d'observation, puisque même chez les euménorrhéiques, il varie avec la durée des écoulements sanguins. L'importance d'une numération exacte est telle que pour éviter toute confusion, je remplace l'expression : période intercalaire ou intermenstruelle, par : période des quatre septénaires, ou de XXVIII jours. Deux des phases de cette période sont signalées par une congestion passive des organes génitaux très manifeste chez les malades, et par des phénomènes généraux d'ordre réflexe. La première de ces congestions débute le VIIe ou le VIIIe jour des règles et quand la femme est réglée tous les XXVIII jours se termine le XIV ou XVe. Je l'ai appelée : premier molimen (1).
La seconde est au summum le XXIe jour. C'est le second molimen ou molimen des règles.

(1) Traité de Kinésitherapie, p. 19-22.

avec peine, peuvent aboutir aux *règles continues* qui font le pont d'une époque à l'autre avec alternatives de diminution et de recrudescence. Leur marche est caractéristique et quelquefois les dates fatidiques des hémorrhagies chez les femmes sont nettement indiquées par l'augmentation du flux. Ces dates fatidiques sont les IXe, X^e^, XIe, XIIe jours (plein premier molimen), les XIVe et XVe (issue du premier molimen), le XXIe jour plein molimen des règles).

Traitement. — La gymnastique suffit dans la pluralité des cas et, dans la gymnastique, le seul mouvement des abducteurs fémoraux (1) exécuté chaque jour, ou par intermittence, aux époques qui vont être indiquées, le matin ou le soir, ou matin et soir, trois à cinq mouvements chaque fois.

Règles avancées: — commencez le XIVe jour, finissez le XXVIIIe.

Règles profuses : — à partir du IIIe, IVe jour, ou plus tôt, et, s'il est nécessaire, à partir du XXIIe ou XXIIIe jour (traitement préventif) jusqu'à cessation complète, et, au-delà, pendant quatre ou cinq jours.

Règles de quinzaine : — du VIIIe ou IXe jusqu'au XVIIe ; ou simplement la veille du jour où l'écoulement menace ou le jour même c'est-à-dire les XIVe et XVe. Cette méthode réussit quelquefois mieux.

Règles prolongées : — du Ve jour à la cessation complète de l'écoulement et, au-delà, pendant quatre ou cinq jours.

Règles continues : le traitement ne doit être interrompu qu'au moment des règles normales. On le re-

(1) Traité de Kinésithérapie, p. 211 à 214.

prend ensuite. La guérison exige en moyenne trois mois d'exercices quotidiens.

Remarques. — L'intelligence du praticien modifie le dosage suivant les cas. Quelques malades ont la sensation du sang qui menace, et de la lutte établie entre la gymnastique et lui ; indication précieuse. Comme toute gymnastique, l'abduction fémorale exige une bonne exécution. De préférence, faites exécuter vous-même les exercices. Assurez-vous au moins du savoir de la personne à qui vous les confiez. Certaines vierges nerveuses les apprennent avec peine. Soyez patient éducateur. On rendrait service aux fillettes en leur enseignant préventivement l'abduction fémorale et il est utile que les mères de famille sachent la faire exécuter. Les femmes sont plus ou moins sensibles à la gymnastique. Trois ou quatre séances, une seule même par exception, suffisent pour les troubles de fonction qui ne sont pas installés. Si l'habitude morbide est prise, si la chronicité existe, le succès est plus lent.

Malgré l'excellence de ses effets, la gymnastique hémostatique a ses revers comme toute thérapeutique. On doit connaître les obstacles, pour les supprimer s'il y a moyen. Les malades qui, après les séances, se fatiguent outre mesure, exécutent ou subissent des mouvements propres à contrarier l'effet des exercices hémostatiques (ascension de nombreux étages, trépidation de voiture) et celles qui conservent longtemps l'attitude assise ou sur pieds sans marcher, peuvent annuler le traitement.

Modifiez alors les occupations de la malade. En général, elle y vaque sans inconvénient mais parfois un changement de métier est indispensable. Parfois aussi

le demi-repos, par exception le repos absolu, au début du traitement, sont nécessaires. Dans de telles circonstances, les exercices seront exécutés au lit. Avant tout ils ne doivent pas fatiguer. Au besoin, abstenez-vous du soulèvement du siège pendant l'abduction fémorale et, comme ces malades sont des débilitées, appliquez-leur le mode de massage général que j'appelle : *roulement musculaire des quatre membres* ; mais vous vous bornerez au roulement des membres supérieurs.

Roulement musculaire des membres.

Attitude de la malade.—Assise ou couchée, absolument passive. Les membres reposent mollement sur le lit ou sur la cuisse du médecin (malade assise).

« *Attitude du médecin.* — Debout ou assis à côté de la malade. Il saisit entre ses mains, très souples et pourtant fermes, la racine des membres, à travers les vêtements, camisole, pantalons et bas, si la malade est assise, chemise ou linge sans apprêt, si elle est couchée.

« *Mouvement.*— Faites rouler entre les paumes, sans précipitation, les masses musculaires inertes, en descendant graduellement vers les extrémités. Ce mode de massage est donc centrifuge, ce qui est contraire au principe classique. Les nerveuses — et quelle femme ne l'est pas — sont excitées par le massage centripète. Elles sont reposées et détendues par le massage centrifuge. Je répète que le roulement musculaire des membres inférieurs ne doit pas être pratiqué chez les hémorrhagiques.

On peut terminer la séance : 1° par le roulement des trapèzes et des masses sus-scapulaires légèrement pétries à pleines mains entre les éminences thénars, et hypothénars ; 2° par une vibration rapide et fine exécu-

tée avec le talon de la main sur la région cervico-dorsale de la colonne, 3° par trois à cinq mouvements respiratoires (1). Les malades fortes ajoutent à l'abduction fémorale des exercices de bras » (2).

D'autres exercices peuvent à la rigueur et encore chez les malades fortes, remplacer l'abduction fémorale rendue impossible par l'ankylose du genou (3).

Il m'est arrivé d'échouer avec l'abduction fémorale et d'autres exercices et de réussir avec la bicyclette. Cette machine hygiénique diminue et retarde les règles si l'usage en est quotidien et modéré. Allure tranquille. Pas de côtes. Aucune fatigue. Soyez certain, avant de la conseiller, que le trouble de fonction est essentiel, notamment qu'il n'y a pas de rétrodéviation.

L'échec relatif de la seule gymnastique peut être lié aux états subpathologiques ou pathologiques qu'entraîne la chronicité des troubles de fonction. Tels sont les déplacements et engorgements de l'appareil annexiel. Pratiquez alors le massage hémostatique, indiqué p. 27 ; consultez aussi le chapitre des cellulites et celui des déviations. Entre le massage des vierges et des femmes, il n'y a qu'une différence : l'index gauche est rectal et non vaginal.

Les échecs absolus qui ne dépendent pas de l'incurabilité d'une lésion génitale, sont parfois expliqués par une affection cardiaque, des troubles hépatiques, la névrose héréditaire, et par la masturbation. Enfin il en est dont je n'ai pu démêler la cause.

(1) Traité de K., p. 176, mode de la fig. 66 doucement et lentement exécuté.

(2) Traité de K., p. 215, fig. 104 et 105, et p. 217, fig. 106 et suivantes.

(3) Traité de Kinésithérapie, p. 205 fig. 92, 93, p. 209, fig. 96, 97. (Exécution difficile.)

Résultats. — Excellents dans la grande majorité des cas.

AMÉNORRHÉE

Puberté tardive. Règles supprimées ; déviées ; retardées ; insuffisantes ; blanches.

Puberté tardive. — Les retards de formation sont parfois extrêmement préjudiciables. Lorsque, suivant l'expression populaire, « le sang cherche » une vierge, si la sécrétion menstruelle ne s'opère pas, tous les systèmes peuvent être atteints par choc en retour de la perturbation cérébro-spinale ; mais il importe de distinguer entre cette perturbation acquise, née de l'aménorrhée, et les névroses préexistantes, héréditaires, qui rendent le traitement inutile ou insuffisant. La névrose héréditaire se manifeste, en règle, dès la toute première enfance par des signes pathognomoniques (convulsions, somnambulisme, chorée, bizarreries sensorielles et intellectuelles, etc.). C'est une sorte de sceau de la névrose, dont les conséquences sont plus ou moins marquées, plus ou moins fâcheuses, mais qui est indélébile. N'attendez pas en pareille occurrence de beaux résultats. Cependant, à cause des difficultés du diagnostic dans certains cas, et de l'incertitude de nos pronostics, à cause aussi des variabilités individuelles et en raison de l'innocuité de la méthode, il convient de faire toujours l'essai d'un traitement inoffensif dont le bienfait peut être aussi grand.

Des erreurs graves sont commises à l'occasion des accidents que cause le retard de formation. J'ai vu la pseudo-coxalgie déterminée par ce retard et traitée comme une coxalgie vraie par le repos absolu pendant de longs mois. Résultat nul, bien entendu. Alors fut

posé le diagnostic hystérie et l'enfant condamnée à l'isolement, singulier emménagogue ! Personne n'avait songé à la véritable étiologie, le retard de formation.

Il importe donc de savoir à quels signes on reconnaît que « le sang cherche » une vierge ; et si le déclanchement des règles peut s'opérer.

Tout d'abord, lorsqu'une fillette non réglée et en âge de l'être présente des accidents obscurs, mal définis, fugaces à l'origine, ou dont la cause n'est pas nette, pensez toujours que la menstruation guette cette petite malade. Alors, recherchez si lesdits accidents s'accompagnent d'une arythmie des circulations locales, se traduisant par des phénomènes vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs erratiques, tels que le refroidissement habituel de telle ou telle partie du corps et la congestion de telle autre. Si vous constatez ces troubles vaso-moteurs, que votre soupçon d'un retard de formation s'accentue. Enfin, demandez si, chaque mois, à des périodes à peu près régulières, des malaises abdominaux momentanés ne font pas apparition. Si la réponse est affirmative, tenez le diagnostic pour fait et traitez la malade. Ces malaises sont caractéristiques d'un molimen menstruel qui n'aboutit pas. Ils constituent un signe pathognomonique. Le pronostic est favorable, réserve faite des déchéances héréditaires, et le traitement est relativement facile, car vous connaissez le *moment physio-psychologique du déclic qui annonce les règles*. Il correspond au XXIe jour des quatre septénaires d'une fille euménorrhéique, et si vous manœuvrez bien, vous avez toute chance, sept jours plus tard, de voir le sang couler.

Si, au contraire, rien ne révèle le molimen, le diagnostic est moins ferme et la thérapeutique plus difficile.

Règles supprimées. — Les arrêts brusques des règles, chez les euménorrhéiques, à la suite d'un refroidissement des membres inférieurs, d'une émotion, de l'absorption intempestive d'un mets ou d'un liquide glacé, ne sont pas rares. Il en résulte une poussée de cellulite ovarienne subaiguë, quelquefois des accidents aigus, et au moins trois semaines de malaises.

Une ou deux époques menstruelles peuvent être supprimées à la suite de changements d'altitude et de climat, ou même d'une simple villégiature. Ces suppressions sont habituellement passagères. Le neuro-arthritisme y prédispose.

L'aménorrhée peut être consécutive à l'oligo ménorrhée, conséquence de l'anémie et de la chlorose, ou survenir sous des influences morbides diverses, telles que la tuberculose. L'influence qui prime toutes les autres et se cache derrière elles est encore la constitution neuro-arthritique, et la plus grave avec la tuberculose est la névrose héréditaire.

Des exercices gymnastiques intempestifs, notamment la marche avec entraînement graduel peuvent, sinon produire, du moins favoriser l'aménorrhée. Il en est de même des professions dans lesquelles mouvements et attitudes ne varient guère, des métiers sédentaires en atelier clos et mal aéré et du surmenage intellectuel sans exercice compensateur.

L'aménorrhée entraîne d'ordinaire l'obésité. Les vétérinaires châtrent les vaches pour en faire des animaux de boucherie. Les aménorrhéiques maigres sont plus rares que les obèses et l'obésité des aménorrhéiques est souvent de mauvais aloi. En somme, dans notre espèce et surtout chez les neuro-arthritiques, la suppression des règles est un phénomène grave, à la fois

cause et effet de troubles trophiques et de déchéance nerveuse.

Deux faits vont montrer l'influence de l'aménorrhée et combien sont différentes et même contradictoires ses conséquences. J'ai vu la psychose déterminée par elle et je l'ai vue guérir la psychose. La névrose était héréditaire chez ces deux vierges ; hystérie de collatéraux pour l'une ; pour l'autre manie puerpérale puis folie circulaire de la mère. La psychose a suivi dans le premier cas l'aménorrhée, qui s'était simplement accompagnée d'amaigrissement et d'inappétence ; dans le second la psychose a coïncidé avec des règles profuses. Elle disparut avec les règles que remplacèrent des poussées furonculaires mensuelles, une obésité graduelle, monstrueuse, et de la boulimie, puis l'hypertrophie du corps thyroïde. Plus tard, les règles se sont rétablies spontanément, sans diminution de l'obésité ni du goitre qu'on a opéré partiellement pour assurer les fonctions respiratoires compromises. L'état psychique est resté bon. Les phénomènes morbides chez cette malade représentent une sorte de dérivation physique de la psychose.

Règles déviées. — On appelle ainsi les flux sanguins qui se font en l'absence des règles au travers des muqueuses plus ou moins éloignées de la zone génitale. Lorsque ces flux extra-génitaux s'ajoutent au flux menstruel on les nomme règles *supplémentaires*. L'épistaxis, qui se montre surtout avant la formation, et peut l'entraver, est la plus commune de ces déviations ; mais je considère comme règles déviées tous les troubles vaso-moteurs erratiques, non seulement les congestions hémorrhagipares, mais les congestions frustes

qui se produisent sur divers points de l'économie par choc en retour des troubles vaso-moteurs abdomino-pelviens.

Ces congestions peuvent être graves. Au poumon, elles font croire à la tuberculose en évolution, ou, si elle existe, lui donnent un coup de fouet. La marche des règles a une influence prépondérante sur la tuberculose. On sait que dans la phthisie des vierges et des femmes, le pronostic est plus sujet à caution que dans la tuberculose des hommes. Telle malade semble devoir guérir, dont l'état s'aggrave brusquement ; telle autre dont les signes stéthoscopiques sont inquiétants, s'achemine vers la guérison. Les fonctions génitales jouent un rôle capital dans la marche de la tuberculose des femmes. L'aménorrhée les expose aux congestions des voies respiratoires, les ménorrhagies les anémient. J'ai soigné des malades, filles ou femmes, suspectes de tuberculose, dont les signes stéthoscopiques paraissaient ou disparaissaient suivant l'état des organes génitaux (1).

Règles retardées. — Les retards de règles sont passagers ou habituels. Dans ce dernier cas, quand ils datent de la puberté (filles et femmes réglées tous

(1) En voici un curieux exemple :
Il s'agissait d'une femme enceinte et sur le point d'accoucher qui eut une légère hémoptysie. Cette femme, antérieurement à la grossesse, avait passé un hiver dans les Alpes, parce qu'elle présentait des signes de tuberculose pulmonaire. Le sommet droit était mat et la respiration soufflante. Accouchement spontané ; suites apyrétiques. Involution utérine rapide. J'avais favorisé l'hémostase après l'accouchement pour éviter toute déperdition de force. La femme n'avait pas perdu 2 cuillerées de sang pendant la délivrance et les lochies sanguines se réduisirent à rien. L'auscultation et la percussion pratiquées tous les jours indiquaient une matité persistante avec souffle, lorsque brusquement, du jour au lendemain, disparurent les signes pulmonaires à la suite d'une hémorrhagie utérine abondante survenue le XXIe jour.

les deux ou trois mois) ils sont liés probablement à un arrêt de développement ou à un vice de conformation. La dysménorrhée complique souvent les retards de règles.

Règles insuffisantes. — Règles blanches. — L'oligoménorrhée et la leucoménorrhée sont les avant-coureurs de l'aménorrhée, et doivent être traitées comme elle.

TRAITEMENT. — Il consiste en exercices gymnastiques auxquels le massage est parfois associé.

De même qu'il y a une gymnastique hémostatique, il y a une gymnastique hémorrhagipare, mais dans la gymnastique hémostatique, il n'y a aucune difficulté de choix. Sauf infirmité des membres inférieurs, un seul exercice, l'abduction fémorale, suffit, et le dosage se fait sans peine. Il n'en va pas de même de la gymnastique hémorrhagipare. Le choix des exercices, leur dosage, l'opportunité de leur exécution exigent de l'expérience. J'ai longtemps tâtonné, et je tâtonne encore. Cette gymnastique est moins constante dans ses effets que son antagoniste, parfois même contradictoire. Son maniement est donc aussi difficile que l'interprétation de ses effets. J'ai tenté ailleurs cette interprétation (1) et j'ai dit qu'à mon avis les mouvements congestionnants actifs agissaient mécaniquement par l'attitude.

Lagrange, dans son livre sur le traitement des affections du cœur (2), s'est vivement élevé contre la classification suédoise des exercices en « congestionnants et

(1) *La Kinésithérapie gynécologique.* (Œuvre médico-chirurgicale). Paris, Masson.

(2) P. 324 à 328.

« décongestionnants. » Cependant, il est hors de doute, il tombe sous le sens de l'expérimentation quotidienne de chacun, que certains mouvements et certaines attitudes font affluer le sang vers telle ou telle partie du corps, et le dérivent de telle autre ; de plus, *en pratique* gynécologique, les faits, *qui seuls comptent*, nous enseignent que certains exercices arrêtent ou diminuent les règles et que d'autres les facilitent. *Le tout est de démêler sous quelles conditions ils sont ceci ou cela.* Voici ce que l'expérience m'a suggéré depuis l'étude publiée par Masson.

Il y a deux catégories d'exercices congestionnants : l'une se compose de plusieurs mouvements actifs forts, dans lesquels l'attitude de la malade augmente la pression intra-abdominale par la tension des muscles compresseurs du paquet viscéral. L'autre catégorie comprend un seul mouvement, passif, très doux, par lequel les veines du bassin seraient soumises à une élongation et un raccourcissement alternatifs qui les vident. C'est du moins la théorie suédoise impossible à contrôler expérimentalement. Là encore l'action serait purement mécanique. Cela se peut ; mais si l'explication est hypothétique, les résultats ne font point de doute, aussi bien pour les exercices actifs que pour les passifs. *Sous certaines conditions*, les uns et les autres facilitent les menstrues. Examinons donc ce que la clinique nous enseigne sur la valeur relative de ces exercices :

1° Le mouvement passif — qui est la circumduction fémorale — réussit plus souvent que les mouvements actifs, pour provoquer les règles ;

2° Les mouvements actifs, au lieu de faire couler le sang, aboutissent souvent à une congestion fruste, dé-

montrée quelquefois par l'accroissement de volume des organes malades qui s'œdématient, et toujours par l'apparition ou le surcroît des douleurs. *Le sang circule avec peine.*

La clinique enseigne encore, qu'à la veille de l'euménorrhée les viscères abdomino-pelviens sont amollis et imbibés, ce que démontre pour l'intestin des garde-robes plus faciles et pour les organes génitaux malades, la disparition des œdèmes et l'élasticité des ligaments. *Le sang circule très vite.* La doctrine classique de la stase veineuse à ce moment n'est pas exacte. Le ventre est léger comme à l'approche des accouchements.

Je conclus d'abord que, pour provoquer les règles, il faut précipiter le torrent sanguin ; puis, raisonnant d'après la théorie de l'action mécanique, je dis que l'exercice passif de circumduction fémorale, qui supprime le barrage d'aval pour accélérer le flot en amont, a plus de chance de réussir que les exercices actifs qui compriment en bloc viscères et vaisseaux.

Telle est la théorie qui, jointe aux raisons données dans la monographie Masson, me semble expliquer la supériorité de la circumduction fémorale passive sur les exercices actifs, pour l'appel des règles. L'important est en pratique de connaître le fait de cette supériorité. On peut d'ailleurs constater sur soi-même la différence qui existe au point de vue de la production de calorique par afflux sanguin, entre la circumduction passive des pieds refroidis et la circumduction, ou, mieux encore, la flexion et l'extension actives.

Puberté retardée. — Etant donnée une fillette chez laquelle le molimen net ou vague est indiqué, vous pouvez, s'il n'y a pas d'infirmité de la locomotion,

faire exécuter les exercices actifs de flexion et d'extension d'un membre inférieur portant le poids du corps en opisthotonos, et le renversement du tronc en arrière (1) tous les deux jours, à partir de l'époque présumée du molimen, ou mieux un peu avant cette époque. Si les règles ne paraissent pas ou si la malade ne peut se tenir debout, faites exécuter, le mois suivant, sept jours avant et sept jours après le molimen, la circumduction fémorale passive (2).

Joignez-y, si les pieds sont habituellement froids, la circumduction passive ou active, de préférence passive (3). Conformément à ce qui est dit plus haut et contrairement à ce que j'enseigne dans mon traité, à ce qui est en usage en Suède et à ce que Brandt même conseillait, ne faites pas exécuter, après la circumduction de la cuisse et des pieds, les mouvements actifs de flexion et d'extension que les règles de Ling imposent. Je crois que l'artério-constriction leur succède. En tous cas, le sang afflue mieux aux extrémités inférieures et les réchauffe davantage après la seule circumduction passive. Chez les débilités il est utile que ces exercices soient précédés ou suivis par le roulement musculaire des quatre membres, le pétrissage doux du trapèze et de la région sous-scapulaire, et la vibration sur les vertèbres cervico-dorsales, manœuvres que l'on peut exécuter chaque jour, même dans la période où la gymnastique n'est pas pratiquée. Les séances

(1) *Traité de kinésithérapie*, p. 233 et 237

(2) *Traité de kinésithérapie*, p. 230. Les trois derniers paragraphes du chapitre dans lequel ce mouvement est décrit expriment des idées que je ne partage plus et dont le correctif se trouve ici même.

(3) *Traité de kinésithérapie*, p. 352.

se terminent, suivant la règle, par un exercice respiratoire (1).

Si le flux menstruel ne se montre pas en temps opportun, continuez le massage et la gymnastique respiratoire, et le mois suivant reprenez la circumduction fémorale à partir du XIVe ou du XVe jour, en la faisant suivre du tapotement sacré, dans la station verticale. En cas d'échec, traitez de même façon et à partir de la même date, mais tous les deux jours seulement.

Si le sang ne coule pas, suspendez tout traitement et, le mois suivant, quatre jours après le molimen et pendant trois jours, essayez le massage par trépidation mécanique intra-rectale. Servez-vous du vibrateur de Liedbeck. C'est un trépidateur. La malade couchée introduit elle-même, sous ses jupes, dans l'anus, le manchon de l'instrument. Saisissez-en le manche et tournez la manivelle. Si la trépidation n'est pas perçue dans le bas-ventre, mais seulement à l'orifice, abaissez le manche. Durée de l'opération : trente à quarante secondes.

Le succès obtenu, je ne renouvelle pas les manœuvres le mois suivant. J'attends et j'observe.

Quand le molimen n'est pas indiqué, on tâtonne jusqu'au jour où il se marque.

Règles supprimées. — Dans le cas d'arrêt brusque des règles chez une euménorrhéique sans accidents aigus, essayez de rappeler l'écoulement au moyen de la circumduction fémorale passive, exécutée une fois

(1) *Traité de kinésithérapie*, p. 176. N'enlevez pas les épaules trop haut. Ne tiraillez pas la malade. Soyez très doux dans l'exercice de tous les mouvements de gymnastique, quels qu'ils soient.

par jour. Deux ou trois séances seulement. Si le sang ne paraît pas et surtout si les malaises augmentent, abandonnez la gymnastique congestionnante et ayez recours à l'abduction fémorale. Voici l'explication de ce brusque revirement :

On se sert de la circumduction fémorale passive, avec l'espoir de faire couler le sang, espoir vague en cette occurrence, d'après mes observations. Je n'ai jamais vu les écluses menstruelles se rouvrir, ou du moins se rouvrir en plein, quand elles s'étaient closes brusquement. Si, ayant échoué, on continuait les mouvements congestionnants, on accroîtrait la congestion fruste et ses malaises.

Traitez les accidents aigus comme les poussées de cellulite aiguë (1).

Contre les aménorrhées passagères causées par le changement de climat, l'expectation est indiquée. Contre les aménorrhées par défaut d'hygiène, réformez l'hygiène.

Règles déviées. — Contre l'épistaxis vous pouvez employer la gymnastique congestionnante active, mais que la respiration soit libre dans tous les temps. Pas d'effort général. Pas de congestion de la face. La gymnastique congestionnante active, quand elle n'est pas destinée à combattre l'épistaxis, a quelquefois plus d'effet lorsqu'elle est accompagnée d'effort et de fatigue. La fatigue prédispose aux ménorrhagies ; mais l'effort qui congestionne les parties supérieures du corps favoriserait l'épistaxis.

Si vous échouez, employez la gymnastique passive, et si l'état général laisse à désirer, les massages par

(1) Chapitre des cellulites.

roulement musculaire et la vibration sur la colonne vertébrale. En cas de dyspepsie ou de dilatation gastrique, pratiquez le massage de cette région (1), mais ne déprimez pas profondément l'épigastre. Mon traité, qui proteste déjà contre l'emploi de la force, est encore trop imprégné de cette erreur suédoise.

Règles retardées. — Ne traitez pas les retards habituels d'un septénaire quand il n'y a pas dysménorrhée. Les femmes de cette catégorie se louent avec raison de n'avoir que neuf menstruations par an au lieu de douze. Il est en général inutile de traiter les retards habituels de plusieurs semaines. Les autres retards sont souvent accompagnés par la dysménorrhée qui sera étudiée dans le prochain chapitre.

Règles insuffisantes. — L'oligoménorrhée précède fréquemment l'aménorrhée et doit être traitée comme elle.

Règles blanches. — Soignez la leucoménorrhée et les leucorrhées intermittentes d'origine dyscrasique par les roulements musculaires, les vibrations dorsales, les massages gastriques. Traitement général. Séances quotidiennes. Aucun mouvement congestionnant.

Résultats. — Dans le traitement des aménorrhées attendez-vous à de bons résultats, pas aussi constants que dans le traitement des ménorrhagies. Même si vous échouez au point de vue du rappel ou de l'augmentation du flux menstruel, vous aurez en tous cas, *comme dans tous les traitements*, à condition qu'ils soient continus et prolongés et sauf chez certaines névrosées, amélioré grandement l'état général, ce que vous recon-

(1) Traité de kinésithérapie, p. 374.

naîtrez à l'activité des fonctions, à la coloration des muqueuses, à l'accroissement des globules rouges dans le sang des règles, à l'énergie locomotrice, à la résistance au froid et à la fatigue, tout cela sans qu'aucune thérapeutique tonifiante autre que la kinésithérapie et son réflexe dynamogène soit intervenue.

DYSMÉNORRHÉE

Son signe constant est la douleur. Il y en a d'autres quand la chronicité est acquise faute de soins. C'est : la déchéance de l'état général, les troubles circulatoires périphériques, l'augmentation de volume du ventre, la pesanteur et les signes qui caractérisent la cellulite pelvienne. J'ai vu l'augmentation de volume du ventre telle que la malade n'osait plus sortir à l'approche des règles de crainte qu'on ne la crût enceinte. La douleur ne se montre pas d'ordinaire dès le molimen. Elle précède ou accompagne le début de l'écoulement, période d'accalmie à l'état physiologique. Les règles sont d'habitude retardées, tantôt profuses, tantôt insuffisantes, quelquefois accompagnées par l'expulsion de lambeaux de muqueuse.

Quoique la dysménorrhée puisse relever de la déchéance nerveuse, sa cause, en général, est locale et par là elle est éminemment guérissable Ce qui le prouve, c'est sa moindre fréquence après la virginité, et sa grande rareté après l'accouchement. On admet cependant que la forme dite pseudo-membraneuse dans laquelle la muqueuse est expulsée sous forme de peau peut persister après la parturition. Je n'en ai pas encore vu. Il importe de ne pas oublier que des expulsions analogues de la muqueuse ont été constatées au cours des grossesses

extra-utérines. Doléris a traité la dysménorrhée pseudo-membraneuse après gestation. Je ne serais pas étonné que la kinésithérapie fût, en pareil cas, le traitement de choix comme pour les autres variétés.

Dans les dysménorrhées, le sang peut être excrété d'emblée et abondamment; mais si l'orifice interne de l'utérus devient insuffisant par boursouflement de la muqueuse tuméfiée (l'étroitesse absolue est rare), ou s'il est dévié (rétroversion congénitale), cet organe se contracte douloureusement. Le sang peut paraître goutte à goutte et cette insuffisance, si elle se prolonge, est encore cause de souffrance. Ce suintement douloureux peut aboutir à un flux menstruel normal. Alors, en général, la souffrance s'apaise ; ou bien il aboutit à une perte profuse avec caillots et la souffrance s'exaspère.

Je suppose que l'état des fibres musculaires ovariennes joue un rôle dans la congestion fruste et la douleur des dysménorrhéiques. J'ai senti l'ovaire dur comme un noyau de cellulite au moment de la douleur, puis mou quand elle s'apaisait.

Au nombre des causes adjuvantes il faut mettre le corset serré, l'assujettissement à une occupation dans laquelle les mouvements et les attitudes ne varient pas, la vie urbaine substituée à la vie de campagne, etc.

Des soins insuffisants peuvent entraîner la cellulite chronique avec ou sans déplacement des organes ; alors la misère gynécologique s'installe.

Traitement. — Le mariage, s'il n'y a pas névrose héréditaire grave ; l'hygiène, la gymnastique médicale, associée ou non au massage.

Au point de vue kinésique il y a deux variétés de dysménorrhée, d'après lesquelles on règle le traitement : la

variété ménorrhagique et l'oligoménorrhéique. La plupart des dysménorrhéiques ayant des règles retardées, c'est surtout la gymnastique congestionnante qui est de mise; mais quand elles ont en même temps des règles profuses, la gymnastique décongestionnante peut trouver à un moment donné des indications ; le traitement kinésique général également, puisque nombre de dysménorrhéiques sont chlorotiques et débilitées ; enfin le massage peut être nécessaire ; et c'est toujours en cas de cellulite.

Voici quelle est, après treize ans d'expérience, la méthode qui me donne le plus de succès.

Commencez par un traitement local intermittent contre la douleur, si l'état général ou la cellulite pelvienne n'indiquent pas d'emblée une cure continue de massage gynécologique et de gymnastique.

Faites venir la dysménorrhéique à partir du XIVe ou XVe jour jusqu'à la venue des règles pour exécuter la gymnastique seule.

Si les menstrues sont retardées, ce qui est la règle, que cette gymnastique soit congestionnante. Défiez-vous des exercices actifs. Faites exécuter tous les jours ou même tous les deux jours des mouvements de circumduction fémorale passive (1), suivie ou non du massage de la région lombo-iliaque.

Massage de la région lombo-sacro-iliaque.

Attitude de la malade: Assise sur un tabouret, mains sur les hanches ; ou, debout, en attitude verticale, mains appuyées au mur ; leur talon en dehors.

(1) Traité de Kinésithérapie, p. 231. Consultez aussi *l'erratum*, p. 617-658, fig. 54.

Attitude du médecin : Accroupi sur les talons derrière la malade si elle est assise ; assis lui-même si elle est debout. Il applique ses deux mains à plat sur la région indiquée de façon que les éminences thénars se joignent sur la crête sacrée ; pouces parallèles au niveau de la crête lombaire.

Massage : Les deux mains souples travaillent à la fois, de la paume et non des pouces ou du bout des doigts. Les tissus sous-jacents roulent sous elles. Terminez par trois ou quatre passes exécutées avec le talon vibrant des mains de dedans en dehors, en partant de la crête sacrée. Vous pouvez aussi pratiquer le tapotement sacré (1).

En cas de vaso-constriction habituelle des extrémités, commencez la séance par la circumduction passive des pieds.

Si la dysménorrhéique est débilitée, ayez recours au roulement musculaire des quatre membres et à tel ou tel autre mode de traitement kinésique général et continu. Si la malade ne peut s'astreindre à la cure continue aidez-vous au besoin (chlorose) de médicaments toniques, mais ils valent rarement la cure kinésique.

Modifiez la profession s'il y a lieu. La station assise prolongée est détestable.

Enfin après insuccès des méthodes gymnastiques, ou d'emblée, si vous soupçonnez de suite leur insuffisance, pratiquez l'exploration recto-abdominale pour chercher la cellulite et les déviations d'organe, et après constatation soumettez la dysménorrhéique, quotidiennement, au massage gynécologique tel qu'il est décrit au chapitre de ces complications.

(1) Voyez Traité de Kinésithérapie, p. 241.

Si les malades se plaignent des membres inférieurs et de souffrances spontanées ou consécutives à certains mouvements, explorez le nerf sciatique, non seulement par la recherche des points douloureux classiques, qui peuvent manquer, mais en pratiquant l'élongation du nerf de la façon suivante (méthode suédoise).

Elongation du nerf sciatique.

Attitude de la malade : mains sur les hanches; debout sur un seul des membres inférieurs en extension. Le talon du pied de l'autre membre également étendu, est posé sur un tabouret.

Mouvement. — La malade fléchit lentement le tronc en avant.

Si elle souffre pendant cet exercice, exécutez-le chaque jour, trois à cinq fois, très doucement, vous arrêtant juste au moment où la douleur devient vive et même avant qu'elle ne le devienne.

Résultats.— Curatifs ou palliatifs. Nombreux tâtonnements dans certains cas. Echec complet parfois. Dans d'autres, succès rapide. C'est le diagnostic étiologique qui importe pour la direction de la cure et ce sont ses difficultés qui créent celles de la cure. Le traitement kinésique continu relève toujours l'état général des débilitées.

Remarques. — Les dysménorrhéiques, comme les aménorrhéiques et toutes les génitales, ne devraient pas porter de corset. Ce n'est pas seulement parce qu'il est serré que le corset est néfaste. C'est parce qu'il sert de tuteur au ventre et aux lombes. Sans lui, les femmes s'affalent faute de muscles actifs.

Or, pour que la circulation du ventre soit normale, une bonne musculature est nécessaire. Les dysménorrhéiques ont souvent le rein droit abaissé, ou flottant, et de l'entéroptose. Il est une série de mouvements gymnastiques, décrits, dans mon traité, sous le nom de gymnastique tonifiante et assouplissante de la musculature pelvienne et des appareils suspenseurs viscéraux. Ces exercices font travailler les sangles abdominales et périnéales ainsi que la masse musculaire lombo-dorsale, leur rendent la tonicité que le corset fait perdre, et surtout *retentissent sur les viscères qu'ils redressent ou tendent à redresser.* Toutes les fillettes et beaucoup de filles et de femmes devraient être soumises à cette gymnastique que je désigne dans mes cours sous le nom *d'orthopoiétique viscérale.*

Les principaux exercices orthopoiétiques sont : la flexion latérale du tronc passive ou active avec redressement actif (1), qui est contre-indiquée par les lésions annexielles ; la torsion passive et détorsion active du tronc (2) et la flexion passive avec extension active du tronc (3).

Ce dernier exercice étant hémostatique est contre-indiqué dans l'oligoménorrhée.

B. — INDICATIONS APRÈS LA VIRGINITÉ

Ménorrhagies. — Aménorrhée. — Dysménorrhée Stérilité.

Ménorrhagie. — Aménorrhée. — Dysménorrhée. — Les troubles de fonction s'observent après la virgi-

(1) Traité de Kinésithérapie, p. 315, fig. 166, 167, 168.
(2) Traité de Kinésithérapie, p. 340, fig. 186, 187.
(3) Traité de Kinésithérapie, p. 318, fig. 69, 70.

nité comme avant elle : seule la dysménorrhée est plus rare. Ils doivent être traités suivant les méthodes décrites au chapitre des indications pendant la virginité ; mais le massage gynécologique (1) est souvent indiqué car d'autres causes, l'infection, le surmenage génital, les traumas, les affections entrent en scène. Le mode de massage dans les divers cas sera étudié aux paragraphes concernant ces cas ; nous n'avons à décrire ici que le le massage hémostatique.

Massage hémostatique.

Il est indirect ou direct. La condition nécessaire du massage indirect est la souplesse de la paroi abdominale. Il part de la fosse iliaque droite pour aboutir à la fosse iliaque gauche en passant par la région sus-ombilicale. C'est un mode commun par lequel toutes mes séances de massage gynécologique débutent. Il est beaucoup moins efficace que le massage direct ; mais on y est réduit dans certains cas, notamment quand l'utérus rétrodévié est irréductible ; car le massage de la face antérieure de l'utérus, peu utile d'ordinaire, ne vaut rien en cas d'hémorrhagie.

Le massage direct, beaucoup plus actif que l'indirect, a pour condition nécessaire, outre la souplesse des parois, l'antéposition utérine. On le pratique de la façon suivante : index gauche sur la face antérieure du col au voisinage de l'isthme. La main droite, masse, à travers la sangle abdominale déprimée sans effort, *l'isthme*, puis les *cornes* et la *face postérieure*. C'est un *effleurage rapide*, *extrêmement*

(1) Voyez le Traité de kinésithérapie pour le massage en général, massage doux, massage fort, continuité, pauses, positions de main, effets physiologiques, etc.

léger de l'utérus. Les annexes sont ensuite massées si elles ne sont pas indemnes. On peut terminer par des vibrations *et non par des trépidations* exécutées avec la paume de la main dans la région iliaque au-dessus des arcades de Fallope, et on se garde d'enlever brusquement la main à la fin de la vibration. On laisse au contraire les tissus déprimés par la main qui vibre reprendre doucement leur place. Le procédé contraire (soulèvement brusque de la main), très utile quand on veut apprécier l'élasticité des ligaments par le soudain changement de position des viscères sous-jacents, ne vaut rien en cas d'hémorrhagie. Toute secousse, toute *trépidation*, la favorisent.

Stérilité. — La stérilité est une indication très justifiée de la kinésithérapie, car la grossesse est *fréquente* à la suite ou au cours des traitements. Comment expliquer cette action ?

La cure kinésique agit comme modificateur général de la circulation. C'est un tonique, un agent dynamogène, comme la cure d'altitude ou maritime qui favorisent aussi la grossesse ; mais la supériorité de la kinésithérapie tient en outre, sans aucun doute, à une action locale.

Celle-ci se conçoit aisément quand la kinésithérapie est curatrice d'affections et de déplacements qui mettent obstacle à la fécondation ; mais en dehors de toute lésion de ce genre, comment expliquer ses indéniables succès ?

Par la stimulation et la régularisation de la fonction ovarienne. Celle-ci comprend trois actes : 1° l'ovulation ; 2° l'évolution du corps jaune ; 3° la régression du corps jaune. Je pense qu'il appartient à la physiologie, en éclairant ces phénomènes obscurs, d'interpréter les faits

cliniques que j'ai décrits, et notamment la disparition, par le massage, de la stérilité et la conjuration des menaces d'avortement dans les trois premiers mois de la grossesse ; mais, ici contentons-nous du fait : *le massage facilite la conception et favorise la grossesse.* Etudions le traitement de la stérilité.

Traitement. — En cas d'affection ou de dislocation génitale, traitez pendant trois mois par la gymnastique et le massage suivant la méthode qui convient.

Si les organes sont indemnes, sans vice de conformation et la menstruation suffisante, après vous être assuré des qualités du sperme, après avoir fait observer que nulle lésion apparente n'indique le traitement, entreprenez-le.

Vous pouvez choisir entre deux procédés : 1° celui du traitement quotidien continué pendant trois mois ; massage gynécologique et gymnastique mixte ; 2° celui du traitement intermittent par le massage seul, ou accompagné de gymnastique, et pratiqué au moment du molimen menstruel.

Résultat. — Les deux procédés m'ont réussi ; mais les conditions du succès étant fort obscures, nos connaissances sur la fécondation bornées, et par conséquent l'échec toujours possible, il convient d'être réservé en promesses.

Remarques. — Voici quelques observations curieuses sur les modifications des organes génitaux avant la conception sous l'influence du traitement :

Une neuro-arthritique, âgée de 30 ans environ, ayant des règles physiologiquement avancées, prédisposée aux congestions, soupçonnée de tuberculose, était

traitée par moi, pour une rétrodéviation consécutive à un avortement. Peu de jours après le début du traitement, à la fin du molimen des règles, je trouvai l'utérus à demi redressé et incroyablement augmenté de volume, car il remontait à trois ou quatre travers de doigt de l'ombilic. La trompe gauche, habituellement grosse, au plus, comme un macaroni bouilli, même lors des congestions, et appliquée sur la paroi sacrée, s'était, elle aussi, quadruplée et érigée à l'instar de l'utérus. Aussi volumineuse que la racine du pouce, boursouflée, noueuse, elle occupait le plan du détroit supérieur. Si cette malade avait été examinée par moi pour la première fois, je l'aurais crue atteinte de métro-salpingite grave, ou enceinte de quatre mois à ne juger que par l'état de l'utérus. Je n'avais jamais vu pareille congestion au moment des molimens les plus intenses. Un malaise général très accentué, avec irritabilité, accompagnait cet éréthisme qui pour moi est analogue aux phénomènes du rut.

Dès le lendemain, l'involution de ces organes gorgés de sang commençait ; le surlendemain tout était rentré dans l'ordre ; l'utérus,de volume normal, était en place et mobile. La malade se sentait très bien. Les règles parurent. Le mois suivant elles étaient supprimées, premier signe d'une grossesse qui évolua normalement.

Les mêmes faits ont été observés par moi, une seconde fois, sur une autre femme traitée pour des avortements à répétition. Guidé par l'exemple précédent, je lui déclarai qu'elle était particulièrement disposée à la conception, et elle eut lieu le mois suivant.

Une troisième fois, sur une malade infectée sept ans auparavant par le gonocoque et traitée pour de la métro-salpingite et la stérilité, j'ai constaté des mo-

difications génitales du même genre, mais moins nettement appréciables, parce que les parois de l'abdomen étaient épaisses. Le mois suivant, les règles disparaissaient. Une grosssse commençait qui fut menée à terme.

Ces phénomènes sont *exceptionnels* ; mais toutes les fois que je constate chez une femme traitée pour la stérilité et dont l'utérus est habituellement rétrodévié, le phénomène fort *commun* que j'ai décrit sous le nom de « réduction utérine spontanée », et qui est sans doute l'effet de l'éréthisme, je considère cette femme comme fécondable ou fécondée. Cet éréthisme, en raison des faits exceptionnels qui viennent d'être relatés, me semble de bon augure au point de vue de l'apparition plus ou moins prochaine des phénomènes propres à favoriser la conception. Il constitue à mes yeux le critérium d'une fécondation *possible*. Pour les utérus stériles *in situ*, je n'ai pas de critère.

C. — INDICATIONS PENDANT LA GROSSESSE

Crises moliminaires. — Malaises. — Hémorragies. Rétrodéviations. — Syncopes.

Crises moliminaires ; malaises locaux et généraux. — Les crises moliminaires gravidiques existent. Je les attribue, comme les crises des génitales, aux troubles d'évolution et de régression des corps jaunes. Elles sont favorisées par l'insuffisance de la sangle pelvi-abdominale. La panniculite et la cellulite pelvienne existent pendant la grossesse, qui cependant ne les crée pas.

Tous les malaises du début de la grossesse, avec

exacerbations périodiques sont soulagés par la kinésithérapie.

Traitement. — La gymnastique peut être quotidiennement pratiquée pendant toute la grossesse, à condition qu'elle soit mixte. Le traitement par la gymnastique exclusivement décongestionnante associée ou non au massage sera intermittent. Il n'a d'utilité que dans la première moitié de la grossesse. Le massage du ventre n'est praticable que dans cette même période.

Traitez une semaine par mois s'il n'y a qu'une crise moliminaire, deux semaines s'il y a deux crises.

Le massage des membres consiste dans le roulement musculaire. Celui des membres inférieurs doit être suivi d'abduction fémorale.

Le massage de l'utérus est indiqué par l'œdème de cet organe et son immobilisation douloureuse, droite, gauche, ordinairement droite (contracture) (1). Il est indirect ou direct. Dans ce dernier cas, c'est un effleurage de l'isthme, de la face postérieure, et des cornes. En cas de contracture, on assouplit et relâche les ligaments larges par la vibration.

L'*intermittence* du traitement est utile parce que, d'après mes observations, l'utérus se comporte pendant les intermittences comme le cœur d'un animal pendant les pauses du massage abdominal (2). L'organe augmente de volume. L'irrigation et la nutrition sont plus actives. L'exercice quotidien de l'abduction fémorale, prolongé pendant trois ou quatre mois, pourrait avoir une influence fâcheuse par l'artério-constriction qu'il détermine

(1) Traité de Kinésithérapie, p. 28, 29, 30 ; 262 et *passim*.
(2) Traité de Kinésithérapie, p. 383 et suivantes.

Le massage de la panniculite abdominale sera évité pendant la grossesse. Il peut favoriser la congestion utérine. Celui de la cellulite pelvienne, parfois indispensable (rétro-déviation), n'a pas cet inconvénient, d'après mes observations.

Hémorrhagies ; menaces d'avortement. — Les neuro-arthritiques sont exposées aux métrorrhagies, pendant les trois premiers mois, métrorrhagies qui pourraient bien être le résultat d'un trouble de l'évolution des corps jaunes. Bien que ces pertes n'aient pas toujours, même non soignées, des conséquences fatales pour le germe, l'avortement n'est pas rare, surtout si de précédentes grossesses ont été interrompues de même façon. Depuis que je connais la kinésithérapie, je n'emploie qu'exceptionnellement le repos absolu, thérapeutique classique, qui a l'inconvénient de toutes les immobilisations, mais j'associe au besoin un repos relatif à la kinésithérapie.

Traitement.—De l'hygiène d'abord, puis la gymnastique décongestionnante, et, s'il le faut, le massage. Si les hémorrhagies et les avortements se reproduisent à chaque grossesse, n'hésitez pas à conseiller une cure kinésique de trois mois dans l'intervalle de deux gestations pour modifier radicalement la circulation ovarienne. Pendant la grossesse, l'abduction fémorale est, d'ordinaire, maîtresse de l'hémorrhagie : on l'exécute chaque jour jusqu'à l'arrêt du sang. On la reprend préventivement le mois suivant, à l'époque du ou des molimens. Si l'abduction fémorale échoue, le massage sera exercé d'une main *très légère* sur le fond de l'utérus ; massage hémostatique par effleurage rapide. Dès que l'utérus s'élève, et il tend toujours à s'élever au cours des massa-

ges méthodiques, on est maître de la situation. Si l'utérus est renversé, on est réduit à un procédé moins actif, le massage indirect ou ambiant, car comme je l'ai dit, il faut éviter le massage de la face antérieure de l'utérus et de la région sus-jacente, pour ne pas congestionner les organes. L'utérus est redressé le plus tôt possible, mais *sans violence par les procédés kinésiques.*

Rétrodéviations. — L'enclavement de l'utérus, brusque ou graduel, avec ou sans rétention d'urine, s'accompagne d'un œdème considérable, parfois très douloureux. La fixation vraie est très rare.

Traitement. — Pratiquez l'effleurage pelvien par le rectum, tel qu'il est indiqué au chapitre des *cellulites*, jusqu'à disparition de l'œdème et mobilisation de l'utérus. Alors seulement réduisez par les procédés kinésiques (1).

Résultats. — Excellents dans la majorité des cas, tant pour les malaises locaux et généraux que pour les hémorrhagies avec menace d'avortement, et les rétrodéviations.

Syncopes. — D'après mes recherches, la syncope des femmes grosses est la conséquence d'un trouble vaso-moteur abdominal, principe d'une parésie vasculaire mésentérique, qui a pour contrecoup le spasme cardiaque et l'anémie cérébrale (2).

Traitement. — Les vêtements étant lâches et souples, la syncopée étendue ou même assise, saisissez

(1) Chapitre des *déviations*.

(2) Traité de Kin., p. 401 et suivantes.

à pleine main le paquet viscéral entre l'ombilic et le creux épigastrique et malaxez doucement ce paquet à deux ou trois reprises. On peut aussi exécuter des frictions circulaires sur la même région. Insistez sur le creux épigastrique.

Résultats. — Héroïques. La syncopée ouvre les yeux immédiatement et se lève pour vaquer à ses occupations. J'ai vu des jeunes filles (car ce genre de lipothymie n'est nullement spécial à la grossesse) se remettre de suite à l'ouvrage ; j'en ai même vu une, prise de syncope en assistant à une opération, se redresser seule, et reprendre son assistance interrompue. Tous ceux qui connaissent la durée, la persistance des malaises chez les syncopées traitées par les procédés classiques, apprécieront à sa valeur un tel résultat. La méthode s'applique à la plupart des syncopes de la femme.

Remarques. — Les syncopes de la grossesse sont comparables aux syncopes par hémorrhagie. Contrairement à l'opinion classique (1), la syncope par hémorrhagie n'est pas due à l'inhibition cardiaque (cardiodilatation, paralysie du cœur) mais au spasme (cardioconstriction). Privé de sang, le cœur se rétracte graduellement. Dès que le cerveau est insuffisamment alimenté, la syncope commence.

A la suite de troubles vaso-moteurs, lorsqu'une branche importante de l'arbre mésentérique est parésiée, le sang s'accumule dans les vaisseaux. Expérimentalement, on détermine le phénomène par la section du trisplanchnique. Alors une sorte d'hé-

(1) Voyez : « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ».

morrhagie que j'ai qualifiée d'*intra-vasculaire* se produit. Privé en conséquence d'une certaine quantité de sang, le cœur se contracte spasmodiquement, et si le sang n'arrive plus au cerveau en quantité suffisante, le vertige ou la syncope se produisent. Alors le massage de la région épigastrique et du paquet viscéral intervenant, les vaisseaux parésiés se contractent, renvoient le sang au cœur qui à son tour alimente le cerveau, et la syncope cesse. Je n'ai pas vu la syncope des auteurs (inhibition) disparaître par le massage, chez les animaux, ce qui s'explique puisque les phénomènes cardiaques diffèrent du tout au tout dans l'inhibition et dans le spasme. Les phénomènes vasculaires diffèrent aussi, ce qui fait que les deux variétés de syncope ont des signes distincts qui permettent le diagnostic. Dans le spasme, le pouls, dur, file en queue de rat et ne disparaît pas complètement. Dans l'inhibition, le pouls, très lent et mou au début, s'arrête quand la paralysie cardiaque est complète.

D. — INDICATIONS PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Expulsion fœtale. — Dilatation périnéale. — Expulsion placentaire. — Hémorrhagies. — Syncopes.

Expulsion fœtale. — L'expression du fœtus à terme est une manœuvre anti-scientifique. D'ailleurs, exprimer n'est pas masser, et l'action mécanique du massage, en quelque circonstance que ce soit, est inférieure. L'action réflexe seule doit être recherchée ; seule, elle donne les meilleurs résultats, et est inconnue de la plupart des médecins. Cela est si

vrai qu'un physiologiste, membre de l'Académie, m'a demandé si je ne pourrais favoriser, par expression utérine, l'expulsion d'un œuf de quatre ou cinq mois, mort, retenu depuis plusieurs semaines et intact. J'ai accepté la mission, tout en me promettant de ne pas agir de cette façon dangereuse et anti-physiologique, car ce n'est pas en comprimant le corps de l'utérus, qu'on peut dilater le canal cervical, préparer les voies nécessaires à l'expulsion et la faciliter. J'ai donc excité (voie réflexe) par des massages méthodiques (fond et face postérieure de l'utérus) la contraction. J'ai réussi. La gymnastique n'a pas été employée. Elle n'était pas indiquée. La gymnastique ne fait pas contracter l'utérus et, l'œuf étant mort, l'hémorrhagie n'était pas à craindre.

Les frictions douces que les matrones pratiquent sur le ventre pour éveiller la contraction sont un mode de massage rationnel, mais peu efficace, peut-être parce qu'elles ne sont guère exécutées que sur la face antérieure de l'utérus.

Dilatation périnéale. — La manœuvre qui consiste à dilater le périnée avec l'index et à le déprimer à droite et à gauche, est un excellent massage qui calme la douleur produite par la pression de la région fœtale, et prévient les œdèmes durs ou myites qui font perdre à la fibre musculaire son élasticité. Cependant je n'emploie qu'exceptionnellement cette manœuvre parce que moins on introduit le doigt dans les organes génitaux gravides, mieux cela vaut au point de vue aseptique.

Expulsion placentaire. — Ici encore nous retrouvons le massage par expression (Crédé), méthode mécanique qui n'a rien à voir avec les procédés d'excita-

tion réflexe que je préconise. Je n'ai donc pas à l'apprécier. L'ancienne méthode des matrones, qui consiste en frictions circulaires sur l'abdomen, est une excitation réflexe ; il faut que ces frictions, légères, intermittentes, soient exclusivement exercées sur le fond et la face postérieure de l'organe antéversé. Quand l'utérus augmenté de volume est couché sur la colonne vertébrale, les frictions ne s'exercent plus au lieu d'élection, mais sur la face antérieure et favorisent beaucoup moins que les frictions postérieures l'érection et, partant, la contraction de l'organe. L'utérus, comme le cœur, s'érige quand il se contracte.

Hémorrhagies par inertie utérine. — C'est dans ce cas que le même mode de massage est vraiment utile, mais sous les mêmes indispensables conditions. Autrement, le massage interne par simple introduction de la main dans la cavité utérine sera employé. Mode très énergique, par lequel la fibre directement excitée se contracte et se rétracte sur la main qui est chassée au dehors avec les caillots. Friction circulaire et introduction de la main sont les deux modes de massage hémostatique dans les cas d'inertie.

Syncopes. — Leur cause est l'hémorrhagie intra ou extra-vasculaire. Dans cette dernière le sang coule à flots de l'utérus amolli ou s'accumule dans sa cavité. Dans la première le sang ne coule pas à flots et l'utérus est contracté ou tout au moins n'est pas distendu.

On prévient l'hémorrhagie extra-vasculaire par la friction circulaire exécutée au lieu de l'élection, on l'arrête par l'introduction de la main dans l'utérus.

On prévient, on fait disparaître l'hémorrhagie intra-vasculaire par la malaxation douce du paquet viscéral.

E. — INDICATIONS PENDANT LES SUITES DE COUCHE

Surmenage. — Hémorragies. — Subinvolution. — Rétrodéviation. — Infection. — Aménorrhée.— Insuffisance des sphincters. — Engorgement mammaire.

Surmenage. — Le roulement musculaire des quatre membres, pratiqué deux fois par jour après l'accouchement, repose les accouchées, les détend, leur procure un grand bien-être et abaisse la température que le surmenage élève le premier jour. Je l'emploie également après la chloroformisation ; *il facilite l'élimination des toxines*.

Que les accouchées se tournent à leur gré à droite et à gauche ; mais interdisez-leur de s'asseoir.

Hémorrhagies.— Chez l'accouchée, *en état physiologique*, les lochies sanglantes reparaissent vers le Xe et le XXIe jours, indice des deux molimens. Il peut y avoir hémorrhagie ou tendance à l'hémorrhagie. L'abduction fémorale est indiquée et suffit d'ordinaire. Traitez de même les hémorrhagies plus tardives, prises à tort pour le retour de couches, et celles des nourrices quelquefois assez violentes pour que le sevrage menace et s'impose.

Subinvolution. — Recommandez le nourrissage ; il favorise la régression utérine et laisse en général l'ovaire se reposer comme tout l'organisme. Traitez la subinvolution jusqu'au retour de couches par la gymnastique décongestionnante et le massage utérin méthodique : frictions circulaires autour de l'utérus, partant d'un ligament large pour aboutir à l'autre en passant par la région sus-ombilicale. Malaxation douce du paquet vis-

céral dans cette région. Vibrations sur les ligaments larges. Frictions circulaires de l'isthme, de la face postérieure et du fond de l'utérus. Répétition des frictions circulaires ambiantes et de la vibration latérale.

J'applique systématiquement cette méthode aux suites d'avortement car, moins bien soigné en général que l'accouchement, il crée la morbidité plus facilement que lui. De plus, l'avortement est une lésion et non une fonction comme l'accouchement. Il trouble l'évolution du corps jaune et expose à la stérilité. Je suis d'avis d'appliquer, systématiquement aussi, le massage et la gymnastique aux suites d'accouchement des femmes qui par nécessité quittent leur lit le neuvième jour. L'utérus est alors en pleine subinvolution, gros, avec un col ulcéré comme dans les métrites, tout disposé aux congestions chroniques, aux traumas, et à l'infection conjugale.

Rétrodéviation. — Vers le neuvième jour des couches, l'utérus peut, quand il y a prédisposition, se renverser et s'enclaver. Il en résulte de la rétention des urines et même des garde-robes. Pratiquez alors l'effleurage rectal sans tentatives de redressement. Vous y procéderez après disparition de l'œdème douloureux quand l'organe s'offre pour ainsi dire à votre main, s'érigeant sous l'influence de simples vibrations exécutées sur les ligaments larges.

Infection (1).—Jusqu'à présent, personne que je sache n'a même supposé que l'infection pût être une indication du massage. Au contraire, on l'accusait de disséminer les microbes dans le torrent circulatoire, accusation toute fantaisiste. Le pouvoir phagocytocique du massage

(1) Communication à la Société de kinésithérapie, séance de janvier 1905.

ne fait pas plus de doute à mes yeux que son pouvoir dynamogène. L'un est, d'ailleurs, la résultante de l'autre. Quelques succès non douteux dans des cas de métrite gonococcique m'ont engagé à essayer la kinésithérapie contre certaines formes de septicémie puerpérale. Mes expériences sont revisables ; mais le massage entre mes mains a été suivi d'excellents résultats dans deux cas d'infection puerpérale localisée ou tendant à se localiser. Voici la relation de ces cas :

Une femme accouchée depuis cinq ou six jours avait de la fièvre et des lochies fétides. La sage-femme qui l'avait assistée affirmait la rétention des membranes. La sécrétion lactée s'était établie au moment physiologique et persistait. Tout soupçon d'infection grave, au moins à brève échéance, était, par là, écarté. Je pratiquai moi-même, deux injections intra-utérines, pendant deux jours consécutifs ; abondants lavages dans lesquels le bec de la sonde atteignit le fond de l'organe. L'eau ressortit claire, avec de minuscules débris déjà constatés dans les lochies vaginales. Malaise et fièvre persistèrent. Avant de me servir de la curette, qui à mon avis agit simplement comme une sorte de massage interne, excitant la fibre utérine, dans les cas où il n'y a ni végétations, ni fongosités, ni rétention de débris placentaires, je résolus d'essayer le massage gynécologique dont l'action locale devait être au moins la même, avec toute la supériorité de l'action générale due à l'excitation du réflexe dynamogène.

Je pratiquai donc le roulement musculaire des quatre membres qui hâte l'élimination des toxines et détend le système nerveux, et le massage abdomino-pelvien. Point de gymnastique. L'une aurait congestionné les organes, l'autre aurait pu entraver le retour des

lochies rouges. Dans la journée qui suivit la première séance, le thermomètre baissa, et à partir du lendemain il se fixait au-dessous de 37°. Il y eut une douzaine de séances, et — voici l'intéressant, — malgré la disparition de la fièvre, les lochies restèrent extrêmement fétides pendant plusieurs jours. L'utérus, qui régressait, n'absorbait plus.

J'ai obtenu le même résultat dans un cas d'avortement criminel où la question de curettage se posa pendant quarante-huit heures à cause de fièvre précédée de frissons. Le thermomètre descendit après le premier massage et revint à la normale après le second. L'expulsion de l'œuf ne suivit pas les massages.

De tels faits méritent d'être signalés ; mais la question reste à l'étude. A l'étude, également, la question du massage dans les phlébites, autre forme d'infection, du moins en ce qui concerne les phlébites puerpérales. Ici, je suis devancé par d'autres, dont je ne partage pas tout à fait l'opinion.

Peut-on, doit-on masser les phlébites récentes ? L'embolie provoquée est-elle une chimère ? Si le massage est indiqué, quand le commencer ? De quelle façon le pratiquer? Voilà ce que je me propose d'examiner.

Et d'abord qu'est-ce que la phlébite ? Essentiellement, c'est l'inflammation d'une veine avec formation de caillots ; mais il y a différentes formes et diverses variétés de phlébites. Elargissant ici mon sujet, je ne devrais pas me restreindre à la seule phlébite puerpérale ; mais sa marche m'est familière. J'en ai fait une étude spéciale (1). Je la prendrai donc comme type.

(1) *Union médicale* 1890, 2 août et nos suivants: « Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs. »

Widal a fourni dans sa thèse la preuve bactériologique de l'origine infectieuse de la phlegmatia alba dolens. Le streptocoque dit pyogène, quoiqu'il ne soit pas toujours pyogène, se retrouve dans toutes les infections puerpérales, depuis la forme dite septicémique, qui est un empoisonnement général, sans localisations du microbe, sans lésions appréciables des organes, jusqu'à la phlegmatia alba dolens. Charriés par le sang, les streptocoques voyagent, s'arrêtent dans un rameau ou ramuscule de l'arbre circulatoire, s'y fixent, frappent de dégénérescence les cellules endothéliales et, au contact de ces cellules lésées, un caillot se forme.

Ce caillot contient les streptocoques, sauf à ses deux extrémités dont la coagulation est tardive et mécanique. Les microbes n'y prennent point part. Exceptionellement, le caillot primitif suppure. D'ordinaire, les phlegmasies, même éloignées de la zone génitale, sont précédées d'une thrombose juxta-utérine d'où partent les streptocoques voyageurs, mais cette thrombose juxta-utérine peut manquer.

Ces constatations de Widal éclairent, d'une vive lumière, la marche clinique des phlébites puerpérales, et j'en tire parti, comme on le verra, dans le traitement kinésique. Voici quelle est cette marche clinique.

La phlébite puerpérale comprend deux périodes : l'une que j'ai appelée *latente,* l'autre d'*état.* En effet, cet accident réputé tardif est presque constamment annoncé par des signes prodromiques. Une fois seulement dans mes observations cette *période latente* a fait défaut. Elle commence le jour même ou le lendemain de l'accouchement, et est caractérisée par de faibles ascensions du thermomètre qui oscille entre 37°4 le matin et 37°8 le soir, au lieu de 36°4 et 37°4 qui représentent

la moyenne normale. Aux *légers tintements de cette sonnette d'alarme*, se joint d'ordinaire une douleur, fugace ou persistante, spontanée ou provoquée, sur les flancs utérins, aux plis de l'aine ou dans la cuisse du même côté. Puis brusquement le thermomètre pointe vers 39° ou 39°5.

C'est alors que l'œdème paraît, si la phlébite occupe les membres. Avec lui, la malade entre dans la *période d'état* et cette entrée se fait à jour fixe ou à peu près, du IXe au XIVe jour des suites de couches, du Xe au XIIe habituellement. Bien remarquer la coïncidence de ces dates avec la première des crises périodiques de congestion passive que j'ai décrites sous le nom de crises moliminaires des génitales.

L'entrée dans la période d'état peut être retardée jusqu'au XXIe jour. Remarquer encore la coïncidence de cette date avec le milieu de la seconde crise périodique congestive. Après l'entrée dans la période d'état, le thermomètre s'abaisse et reprend ses oscillations subfébriles, puis il repointe, notamment au XXIe jour, si la phlébite date de la première période congestive. Alors, ou bien l'œdème de la phlébite primitive redouble, ou bien il disparaît, ou bien il reste tel quel ; mais en ces deux dernières occurrences on voit éclore en même temps que l'ascension thermique, une phlébite secondaire siégeant soit sur le membre inférieur opposé, soit aux membres supérieurs, soit d'*ordinaire* dans le parenchyme pulmonaire, où on la nomme congestion pleurale pulmonaire, péri-pneumonie, etc., etc. Cela est de règle et s'observe en l'absence de suppuration. Telle est la marche commune des phlegmasies en période latente et en période d'état. Puis les urines deviennent éliminatrices et les accidents migrateurs cessent. La

rapidité et la perfection de la guérison (certaines phlébites laissent des infirmités ineffaçables) dépendent de la virulence du streptocoque, du terrain de culture et *surtout du traitement qui doit viser l'anéantissement des toxines, et prévenir les migrations et les stases.* J'ai vu les accidents migrateurs déterminer une température de 40° avec alourdissement passager, tantôt de l'un, tantôt de l'autre, des membres non atteints, mais sans œdème ; de la céphalalgie et des manifestations nerveuses du genre de celles qu'on produit en effleurant le bulbe d'un animal.

Je ne connais pas la marche des phlébites d'autre origine que la puerpéralité. On les observe à la suite des maladies infectieuses, au cours ou pendant la période prodromique des tuberculoses et des cancers, au voisinage des traumas et de diverses lésions chroniques, chez les variqueux et les rhumatisants, etc. La fièvre ou la subfébricité et l'infection, manquent-elles dans certaines thromboses ? Mon incompétence me force à me récuser ; mais je citerai tout à l'heure un cas suivi d'embolie, dans lequel ni l'infection, ni même la débilité, si commune chez les thrombosés, ne paraissent pouvoir être mises en cause.

Logiquement, le traitement kinésique doit donner de bons résultats puisqu'il prévient les stases veineuses, assure les circulations locales, modifie la qualité du sang et favorise la phagocytose. Comme toujours, plus tôt il sera appliqué, meilleur il sera. Trop tardif, il est peu efficace, et dans la période d'état il n'est pas sans danger.

Dagron a proposé, le premier, la kinésie presque immédiate comme traitement des phlébites confirmées. Lucas-Championnière et Marchais ont appuyé cette pro-

position (1) que d'autres ont combattue énergiquement. Dagron intervient par des mobilisations légères des divers segments du membre sans flexion de la cuisse sur le bassin, dès la *chute de la fièvre* ; mais, disais-je à la Société de kinésithérapie, à quel moment placer la chute de la fièvre, et je rappelai qu'au cours de la phlegmatia, pendant cinq à six semaines, le thermomètre revient trois ou quatre fois à la normale pour remonter ensuite. Les ascensions coïncident soit avec l'aggravation des signes de la phlegmatia primitive, soit avec leur diminution ou même leur suppression ; d'autres phlébites se déclarent, soit dans le membre opposé, soit dans les membres supérieurs, soit au poumon ; alors il faut attendre cinq ou six semaines, et cette attente place les malades à peu près dans les conditions inférieures des massages tardifs.

Pour moi, les infections locales multiples par propagation du microbe à travers l'arbre circulatoire et la crainte de l'embolie, me décident à préconiser d'abord une méthode préventive de traitement, applicable à la *période latente*. Sans doute, pour affirmer que j'ai réellement enrayé l'infection à son début, il faudrait avoir encore devant moi une période de pratique égale à celle que j'ai, ce qui n'arrivera pas, mais d'autres l'auront, pour confirmer ou ruiner mon hypothèse.

Voici comment je procède : lorque je soupçonne d'infection une accouchée — et je viens de passer en revue les phénomènes de cette période de soupçon — à la moindre fièvre, sans m'attarder à la recherche de son principe, je pratique de suite, deux fois par jour, le roulement musculaire des quatre membres et j'y ajoute des exercices respiratoires.

(1) Bulletin de l'Académie, 1904.

Tel est, je crois, le *traitement de choix*, traitement de la période latente.

Appelé à soigner une phlébite confirmée (période d'état), je ne touche pas au membre atteint ; je le place, sans appareil, dans une gaine de compresses imbriquées, humectées de chlorhydrate d'ammoniaque en solution saturée. Si ce révulsif très doux produit une éruption même discrète, le membre tend à se dégonfler. On peut alors commencer la mobilisation du membre malade, en se tenant à la grande modération recommandée par Dagron ; *mais en attendant ce procédé direct, et dès le début du traitement*, je pratique le massage par roulement musculaire des membres indemnes deux fois par jour, un seul roulement, massage centrifuge, et non centripète, tel que je l'ai décrit dans cet opuscule, et les exercices respiratoires. L'observation physiologique et clinique m'a prouvé que le massage d'une région quelconque du corps retentit sur la totalité de l'arbre circulatoire. D'autres faits démontrent encore l'existence de ces phénomènes réflexes. Tel est le refroidissement de la main droite par exemple, quand on abaisse la température de la main gauche.

J'ai eu notamment la preuve de l'excellence des massages indirects dans un cas de fracture des deux os de la jambe, immobilisée dans un appareil. En attendant qu'on l'enlevât, le massage des autres membres fut pratiqué par le Dr Geoffroy Saint-Hilaire. Or, plusieurs fractures du même genre s'étaient produites à la même époque dans l'accident de rupture d'un praticable au théâtre des Variétés. Je ne sais pas comment tous ces malades furent traités, mais je sais que plusieurs d'entre eux le furent par l'immobilisation, et qu'ils se traînaient sur des béquilles six mois après la fracture, tandis que ma

malade, trois mois après sa chute, descendait cinq étages sans autre appui que la rampe de l'escalier.

N'ayant pas en main le texte intégral de la discussion de l'Académie en 1904, au sujet du massage, je ne sais pas exactement quelle est la pensée du Dr Lucas-Championnière au sujet de l'embolie. Ses contradicteurs, d'après les comptes rendus analytiques, semblent lui reprocher de la nier. Si le Dr Lucas-Championnière, sans considérer l'embolie comme une chimère, pense que sous certaines conditions la kinésithérapie rend moins fréquentes les phlébites et les embolies, son idée est conforme à mes propres observations que je résume ainsi :

La mobilisation précoce des tissus prévient les thromboses. La mobilisation tardive expose aux embolies.

Il est malheureusement hors de doute que le massage peut déterminer une embolie mortelle. En voici un cas des plus instructifs.

X..., âgé d'une soixantaine d'années, issu d'un cardiaque, père d'un fils mort subitement vers l'âge de trente ans, bien portant lui-même, sans lésion cardiaque, fait une chute de bicyclette. Contusion consécutive du pied pour laquelle il demande l'avis d'un chirurgien des hôpitaux, qui, suivant la règle ordinaire, règle déplorable à mon avis, conseille un peu de repos, quelques topiques et, *pour finir*, le massage. Celui-ci est entrepris par un des médecins-masseurs de Paris les plus réputés.

Le contusionné éprouve de suite un tel bien-être local et général qu'il demande qu'on recommence la séance. Le médecin accède. Dès les premières passes, le malade renverse la tête. Il était mort.

Ce fait prêche d'abord la prudence, et puis nous donne un enseignement capital. J'ai écrit que la kinésithérapie était inoffensive et je persiste à la croire innocente de tous les méfaits dont l'envie ou l'ignorance l'ont accusée, méfaits parmi lesquels on a oublié l'embolie avec laquelle il faut décidément compter. Je ne masse plus de fibromateuse frappée d'anémie grave, sans surveiller de près mes manœuvres et sans dire à la famille qu'avec ou sans massage la malade est exposée à la mort subite.

L'enseignement capital est le suivant qui représente la conclusion de ce chapitre.

C'est une erreur grave et constamment commise, même par les médecins partisans de la kinésithérapie, de l'entreprendre quelques jours après la production des lésions. *Il faut commencer de suite par le massage direct, si possible, sinon par le massage indirect.* J'ai écrit et je répète ici : les jours de retard du traitement se chiffrent par semaines et par mois de retard de la guérison. Divers faits et notamment l'exemple précédent m'autorisent à ajouter aujourd'hui : les conséquences peuvent même être plus préjudiciables, soit que la guérison devienne impossible, soit que la mort survienne par une complication que le massage immédiat eût évitée. La phlébite est une de ces complications.

Aménorrhée. — Si les femmes relevées de couches ont des malaises généraux, des vertiges, ou d'autres accidents notoirement imputables au retard de la menstruation, favorisez le retour des règles par la gymnastique congestionnante, suivant les procédés indiqués plus haut.

Insuffisance des sphincters. — A la suite des déchi-

rures du périnée sans cloaque, mais avec cloison fibreuse, si le releveur dilacéré n'a pas été définitivement compromis, vous pouvez rendre à la musculature anale la puissance nécessaire pour clore un orifice qui laisse passer les gaz ou les matières, au moyen du massage recto-anal pratiqué avec persévérance. Il sera puissamment aidé par la gymnastique d'adduction fémorale (1) suivie d'abduction. Pratiquez aussi le massage du ventre, s'il y a dilatation intestinale et prédisposition aux diarrhées. De plus, que la malade, se plaçant deux ou trois fois par jour debout, dos au mur, pieds croisés, exécute à quatre ou cinq reprises le mouvement par lequel on retient un vent ou une garde-robe.

Engorgement mammaire au moment du sevrage. — Quand la suspension des seins, la compression élastique, un peu de repos et une sage hygiène ne suffisent pas pour supprimer la douleur et assurer la régression de la glande mammaire, ayez recours au massage.

Gardez-vous d'exprimer. Ce procédé mécanique est inférieur ou mauvais. Opérez scientifiquement, en substituant par voie réflexe, à la contracture des canaux qui retient le lait, la contraction physiologique qui les dégorge. Pour cela, exécutez avec les phalangines et phalangettes de l'index, du médius, et de l'annulaire, une vibration fine sur les seins. Au début, vous observerez une sorte de spasme des nodosités, si j'en juge par une induration plus marquée et la douleur ; puis les nœuds s'effacent, la douleur diminue et disparaît. Un instant plus tard, un ruisseau de lait aqueux coule par le mamelon. A renouveler pendant quatre ou cinq jours.

Ce traitement représente une curieuse et démonstra-

(1) Traité de Kinésithérapie, p. 172, fig. 59 et 60.

tive expérience des effets physiologiques du massage. Le spasme des vaisseaux galoctophores s'accentue au moment de la vibration, puis disparaît et est remplacé par la contraction rythmée, expulsive. C'est exactement ce qui se passe dans les vaisseaux sanguins (1) dans les canaux de l'uretère lorsqu'on provoque par le massage l'expulsion des graviers (Bralant), et dans les trompes perméables dont on évacue leur contenu. Ce n'est pas une *expression*. C'est un phénomène *réflexe*.

F. — INDICATIONS PENDANT LA MÉNOPAUSE

L'âge critique se manifeste par des phénomènes qui ont pour cause la cessation des fonctions ovariennes.

La ménopause est précoce ou retardée, naturelle ou artificielle.

Son influence sur les organes génitaux ne varie guère. En général elle améliore les malades. Elle peut faire disparaître des lésions chroniques, corriger des déplacements, supprimer des tumeurs qu'entretenaient les congestions menstruelles. Les organes génitaux bénéficient du repos de la fonction ovarienne. Les dégénérescences sont plus rares après la ménopause qu'avant elle. Son influence sur l'état local est donc ordinairement favorable.

Au contraire, son influence sur l'état général est quelquefois déplorable et même néfaste, surtout quand la ménopause est prématurée et artificielle. Les accidents tiennent à la suppression de la fonction ovarienne et relèvent de la perturbation du système cérébro-

(1) Traité de kinésithérapie : Effets physiologiques du massage ; et thèse de Romano, pour le compte rendu intégral des séances.

spinal. Ils consistent dans les phénomènes congestifs extra-génitaux que j'ai décrits sous le nom de vaso-constrictions et vaso-dilatations erratiques, et dans des troubles nerveux qui peuvent aboutir à la déchéance de l'organisme.

La ménopause devrait toujours survenir par la transition d'une dernière grossesse, mode exceptionnellement favorable. Les organes sexuels lentement et physiologiquement dépossédés, ne réagissent pas. La fonction ovarienne et le flux cataménial sont supprimés pour la vie. Cependant, même dans ces conditions physiologiques, l'état général se modifie. L'obésité est fréquente. Fréquents aussi et très persistants les troubles vaso-moteurs dont le moindre est la bouffée de chaleur, angoissante pour certaines malades, peut-être atteintes de sclérose coronarienne.

Quand la ménopause survient sans la transition d'une grossesse, tantôt elle est radicale d'emblée ; fait exceptionnel, tantôt les menstrues se font graduellement plus rares et enfin disparaissent. Pourtant on voit quelquefois, à longs intervalles, le flux reparaître, même sous forme d'hémorrhagies, qui épuisent les femmes, ou, au contraire, les soulagent et détendent l'organisme éprouvé par la suspension cataméniale. On observe aussi des flux supplémentaires comme au moment de la puberté, ou des sécrétions séreuses et leucorrhéiques. Ces phénomènes existent, par exception, jusqu'à un âge avancé. La ménopause fournit donc au kinésithérapeute un stock considérable des malades.

Traitement. — Massage et gymnastique, tantôt décongestionnante, tantôt congestionnante, ordinairement mixte. L'un et l'autre rendent grand service pen-

dant la traversée de l'âge critique, mais il est impossible de formuler une règle de traitement. L'intelligence du praticien dirige gymnastique et massage suivant les indications qui varient pour chaque malade.

B. — AFFECTIONS GÉNITALES

La kinésithérapie appliquée aux affections génitales se compose *toujours* de gymnastique et de massage. Il faut donc les *savoir*. J'ai exposé dans mon traité leurs règles. J'y renvoie le lecteur ; mais, je crois utile d'exposer ici, sous forme d'aphorismes, quelques-uns des principes généraux du traitement.

Aphorismes.

Le massage gynécologique est une science et un art.

Par exception, il peut, grâce à ce que j'ai nommé réflexe dynamogène, donner de bons résultats entre les mains peu exercées, mais prudentes, d'ignorants ; d'ordinaire, en pareilles mains, les résultats sont insuffisants ou franchement mauvais. Ils le sont encore plus entre les mains de médecins instruits qui se croient masseurs parce que docteurs.

On ne s'improvise pas bon masseur. On le devient avec le temps, sous conditions primordiales, qui sont : 1° la légèreté de main ; 2° des doigts longs ; 3° le savoir obstétrical, gynécologique, kinésique.

La physiologie et la pathologie génitales sont révisées par la kinésithérapie.

Point de diagnostic précis, utile, point de topographie exacte du bassin, sans palper-massage, pratiqué

pendant une période intermenstruelle, et quotidien, à cause de l'*aspect protéique* des lésions génitales.

Point de bon traitement, même entre des mains exercées, sans diagnostic exact.

Ne massez pas sans méthode. Choisissez et dosez les mouvements. Concentrez votre attention pendant la durée des exercices et du massage. Notez leurs effets sur les molimens et le flux cataménial.

Ce n'est pas en poussant, tirant et frottant, comme on l'a écrit, ni par des mouvements forts et prolongés, ni par une gymnastique redoublée, mais par des manœuvres douces et adroites, en plaçant les doigts au bon endroit (Brandt) et par quelques exercices soigneusement exécutés qu'on arrive aux meilleurs résultats.

Une vibration bien faite, un effleurage, mobilisent et redressent un organe disloqué, tandis que les efforts le gonflent, le fixent et l'enclavent.

Ne vous ménagez pas au détriment des malades, en substituant des machines à vos mains.

Epargnez la douleur. Si vous êtes obligé de la provoquer, qu'elle cesse de suite.

Priver les malades de gymnastique et se contenter du massage est une aberration comparable à la préférence, à doses égales, de la cinchonine, à la quinine.

Ne traitez les malades chez elles que pendant les accidents aigus, et si elles ne peuvent marcher, jusqu'à ce qu'elles le puissent.

Exigez la régularité quotidienne, la marche tranquille et modérée avant et après les séances.

La station assise ou debout, prolongée et immobile, le corset serré, les excitations génitales, le surmenage, entravent la cure ou s'y opposent.

Traitez les malades, trois mois, quatre au plus, si

elles n'ont pas encore fait de cure kinésique. *C'est peu au prix de la durée et des effets des autres traitements gynécologiques médicaux.* Donc, de préférence, trois mois de suite, sans interruption. Par nécessité, six semaines sont admissibles, comme un minimum exceptionnellement définitif, et qui en tous cas permet de remettre à quelques mois l'achèvement de la cure.

Les incurables reviennent au traitement à des intervalles de plus en plus longs et pour un temps de plus en plus court : six semaines, un mois, quinze, huit jours, à condition de ne pas laisser plusieurs années s'écouler entre la première et la seconde cure.

Le traitement kinésique est le bain de Jouvence de la circulation.

Au début du traitement et au début de votre pratique, réglez la durée du massage sur la pendule ; une, deux, trois minutes.

Au cours du traitement, et déjà expérimenté, réglez la durée du massage sur les modifications produites.

Remettez à une autre séance ce que vous ne pouvez obtenir sans effort (Brandt)

Que la malade, comptant par semaines, puisse indiquer sans hésitation à quel jour de la période intercalaire elle se trouve.

C'est à l'issue des molimens (ventre plat) qu'on constate les progrès, obtient les meilleurs résultats et exécute les tours de maître.

Dans les toutes premières séances, le ventre se congestionne facilement ; soyez donc très brefs ; ne recherchez pas, en prolongeant le toucher, des modifications que vous ne pouvez obtenir. Contentez-vous des diagnostics *grosso modo*.

La difficulté d'agrafer le corset très lâche, après la

séance, la sensation de gonflement, sont l'indice d'un mauvais massage.

Le bien-être général, la légèreté du ventre, sa diminution, l'aisance de la démarche, la détente des nerfs, l'envie de dormir, sont le gage d'une bonne séance et d'un favorable augure pour le résultat final.

Un massage prolongé, une exploration instrumentale même habile, au moment d'un molimen, surtout intercalaire, et quand la malade n'est pas en cours de traitement, détermine une congestion réflexe dont les conséquences toujours fâcheuses peuvent être très graves. C'est le *trauma médical indirect* beaucoup plus fréquent que le trauma direct.

Le trauma médical indirect cause la congestion, l'hémorrhagie, la douleur, la réplétion brusque des kystes et même leur rupture (1).

Le malaise général et local qui survient deux ou trois heures après la séance et succède au bien-être, est une réaction qui disparaît à la longue, et ne compromet pas le traitement.

Il y a des ventres dont la peau devient froide, voire glaciale sous les doigts du masseur, confirmation clinique de mes expériences physiologiques (vaso-constriction pendant le massage). Pendant les pauses, la peau se réchauffe plus ou moins vite. Tant que le phénomène de refroidissement est observé, la guérison n'est pas assurée.

La respiration abdominale et l'absolue passivité des malades sont indispensables. Ne vous lassez pas de la réclamer et de l'enseigner.

(1) Société de kinésithérapie, 18 décembre 1903. — A propos d'un travail du Dr Krikortz.

Ne suspendez le traitement pendant les règles que lorsqu'il les rend insuffisantes.

L'ascension vers la guérison est sûre et graduelle ; mais ses étapes sont interrompues par des reculs réguliers, trompeurs et désespérants pour la malade non avertie des molimens.

Attendez-vous à des périodes de travail obscur, et de progrès latents soudainement révélés à l'issue des molimens.

Ce qu'on a obtenu une fois, et cependant perdu plus ou moins longtemps, sera retrouvé et doit être à l'avance considéré comme acquis.

La rééducation des centres vaso-moteurs et le rythme de la circulation abdomino-pelvienne étant le principe des cures, celles-ci peuvent s'achever seules après cessation d'un traitement de bonne durée, mais en apparence insuffisant.

Mettez vos malades, s'il y a lieu (dyspepsie, constipation, entérite) à un régime hygiénique et point débilitant ; mais en règle, n'associez ou ne laissez associer à vos traitements aucune thérapeutique prétendue succédanée, générale ou locale, sauf les injections, quand le gonocoque vaginal pullule, ou quand il y a de l'odeur.

La circulation que vous fouettez est un antiseptique autrement efficace que toutes les balnéations.

A l'issue du traitement, pas de cure d'eaux minérales. La moins nocive est plus ou moins altérante.

L'abus des laxatifs est mauvais. Un purgatif est parfois très utile, surtout du Xe au XIIe jour, si le molimen n'est pas hémorrhagipare.

Le massage gynécologique, surtout vibratoire, fait contracter l'intestin et diminue son calibre.

La kinésithérapie tend à la restauration des fonctions

physiologiques, que la plupart des opérations ruinent en détail ou en bloc.

CLASSIFICATION DES AFFECTIONS GÉNITALES

Au point de vue clinique, je groupe les maladies des femmes de la façon suivante : *cellulites*, *mètro-salpingites*, *tumeurs*.

Il n'y a ni métro-salpingite, ni tumeur sans cellulite menaçante ou confirmée. Nous verrons qu'il en est de même pour les dislocations. Voilà pourquoi je place en tête de ma classification les cellulites, syndrome commun des maladies des femmes.

L'infection se trouve à l'origine des affections génitales dans les deux tiers des cas ; mais faire du microbe le principe de la chronicité serait enfantin. Ce qui la cause et l'entretient, ce sont les troubles circulatoires. Deux systèmes dominent dans le bassin : le vasculaire et le conjonctif. Leur lésion détermine ce que j'ai appelé : la *misère gynécologique*.

CELLULITES

Le mot est vieux. Je l'ai adopté (1) pour synthétiser en une seule appellation les modes et degrés divers d'une même manifestation pathologique ordinairement chronique, aiguë par exception et alors compliquée d'inflammation de la séreuse (pelvi-péritonite). Son principe est l'altération du tissu conjonctif. Elle débute par la congestion.

Geoffroy Saint-Hilaire a décrit les étapes histologiques de la cellulite (2).

(1) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet-août 1893.
(2) OEdèmes abdomino-pelviens. Présclérose. Paris, th. 1898.

Lorsqu'on lit la volumineuse et imposante compilation d'un traité contemporain, on est frappé de l'encombrement de la nomenclature gynécologique. Il semble qu'il y ait foule d'entités morbides.

Dans la pratique, on n'en trouve pas tant. On constate la métrite, la salpingite, les tumeurs solides ou liquides, offrant, les unes et les autres, des caractères cliniques nets, et puis, *à côté* de ces affections, *sous* elles et *par-dessus* elles, des tuméfactions qui les empâtent, et les masquent plus ou moins. D'autres fois on trouve seulement des tissus coriaces, sans souplesse, ou même simplement de la douleur spontanée ou provoquée. Les organes proprement dits semblent à peu près indemnes. Il n'y a que des signes subjectifs dont le plus commun est la sensation de poids.

Si la tuméfaction est volumineuse et encombre les culs-de-sac, on croit à une salpingite et pour peu qu'il y ait de temps en temps de la fièvre, la pelvi-péritonite est admise et la salpingite passe pour purulente. Nos vieux maîtres, plus avisés, auraient dit : phlegmon, et ajouté, dans leur sagesse clinique : peut être non suppuré. Si la tuméfaction se borne à un empâtement immobilisateur du col, les Allemands diagnostiquent : exsudat péri-cervical ; les Français paramétrite postérieure. La simple pesanteur est qualifiée prolapsus et invite au pessaire. Enfin, si la douleur, avec ou sans troubles de fonction est seule constatée, le diagnostic est en complète déroute ; l'ignorance n'a pour refuge que la nervosité. On étiquette la maladie : névralgie pelvienne, pelvi-abdominale, lombo-abdominale, etc.

Quelle est donc la nature et la gravité réelles de ces altérations secondaires communes à toutes les affections de la femme ?

Lorsqu'on examine et traite — car l'un ne peut se faire sans l'autre, — les malades par le palper-massage méthodique pendant une période de quatre septénaires on constate :

1° Que tuméfactions et empâtements disparaissent vite ou lentement sous les doigts, ce qui prouve que ce sont des *œdèmes mous et durs* ;

2° Que ces œdèmes, de volume et de forme variables, (noyaux, fuseaux, cordes, etc.) et la douleur, occupent non seulement l'utérus, les trompes et les ovaires, mais les ligaments, le plancher musculo-aponévrotique du pelvis, le tissu graisseux qui comble les vides du bassin, et le pannicule de la paroi abdominale ;

3° Que ces œdèmes, la stase veineuse qui les accompagne, les douleurs, les prurits, les pesanteurs et autres signes subjectifs, augmentent au moment des molimens, du premier surtout ; ce qui prouve que ces phénomènes relèvent de la congestion et des troubles vasomoteurs. Ainsi, on constate par ce procédé supérieur d'investigation que non seulement la trame des organes génitaux malades, mais celle des tissus qui leur sont contigus : vaisseaux, muscles, aponévroses, tendons, pannicule, de la pointe des fesses à la paroi abdominale, sont modifiés, s'altèrent et peuvent rester altérés, alors même que l'affection primitive est éteinte ou semble éteinte, comme sont modifiés, s'altèrent et peuvent rester altérés les tissus ambiants d'une articulation malade. Le doigt qui touche et la main qui palpe constatent des *empâtements*, perçoivent des *crépitations*, sentent des *indurations*, des *contractures* et provoquent la *douleur*. On constate, enfin, que *ces altérations secondaires communes à toutes les génitales* peuvent guérir radicalement par le massage et la gymnastique.

C'est la cellulite ou myo-cellulite, compagne obligatoire aussi bien des troubles chroniques de fonction que des maladies génitales.

J'ai décrit, après les Suédois, une forme spéciale de cellulite dite panniculite ; mais ce n'est qu'une variété, et je réunis sous la rubrique « cellulites » tous les œdèmes mous et durs du tissu cellulaire pelvi-abdominal. Entrent ainsi dans la famille des cellulites : les phlegmons, exsudats, péri-salpingites, périoophorites, paramétrites, hyperplasies, plastrons, etc., etc., ce qui simplifie utilement la clinique.

Le *caractère anatomo-pathologique* commun des cellulites est la dilatation des veines et le resserrement des artères, altérées ou non, avec infiltration ambiante diffuse ou localisée, puis épaississement du tissu conjonctif formant des tuméfactions de volume variable depuis une tête de fœtus jusqu'à un grain de riz. La cellulite aboutit à la sclérose. C'est une présclérose.

Les *signes* cliniques communs sont : l'œdème, la pesanteur, la douleur, la chaleur. On peut y ajouter la rougeur, car lors des exacerbations moliminaires le sang afflue vers les muqueuses (Courty-Jourdain).

La *marche* est la même pour toutes les variétés ; tendance à la chronicité ; poussées moliminaires subaiguës, aiguës par exception.

La *thérapeutique* de choix est la kinésithérapie, qui sera curative tant que la régression histologique, la *restitutio ad integrum* des tissus morbides sera possible.

Les cellulites ont pour *siège* le tissu conjonctif vaginal, utérin et péri-utérin, annexiel et péri-annexiel, le tissu conjonctif de la base des ligaments larges, péri-uréthral et péri-cervical de la vessie, péri-vésical, interstitiel des muscles du plancher pelvien, le tissu con-

jonctif du pannicule sous-cutané abdominal, et des régions extra-génitales. Leur traitement sera indiqué isolément et dans cet ordre ; mais on se rappellera que l'existence individuelle des cellulites n'est pas la règle. Elles se commandent les unes les autres.

Cellulite vaginale. — Signes. — Œdème diffus élastique. J'ai vu la douleur excessive à la pression et sans vaginisme ; mais le vaginisme peut coexister et créer des œdèmes durs. Il y a un vaginisme cellulitique.

Traitement. — Indirect et direct : indirect par le massage gynécologique des affections profondes, joint à la gymnastique décongestionnante ; direct par le procédé suivant : effleurage vaginal pratiqué de bas en haut, sur la paroi postérieure et sur les côtés. Il faut aussi, quand la cloison recto-vaginale est douloureuse et surtout quand elle renferme des grains durs, dont la pression exaspère la souffrance, malaxer doucement cette cloison entre l'index introduit dans le rectum et le pouce placé dans le vagin. S'assurer qu'il n'y a pas de fissure vulvaire. Si la muqueuse vaginale est enflammée, on ne fait aucun traitement avant d'avoir calmé cette inflammation que tout froissement exaspérerait.

Traitez les œdèmes durs voisins de l'orifice comme la cellulite péri-uréthro-vésicale. Jusqu'ici le vaginisme ne s'est pas opposé à mes traitements, mais il est gênant. Quand il n'est pas cellulitique, il faut *suggérer* (Saquet) en prenant son temps, et, plusieurs séances, qu'on peut introduire le doigt sans faire mal (Brandt).

Cellulite utérine et péri-utérine. — Synonymie : *engorgement*, *hypertrophie*, *hyperplasie*, *métrite parenchymateuse*.

Signes : Utérus gros, œdème mou ou dur diffus ou localisé au corps ou au col. Infiltration concomitante des ligaments larges.

Le plus facile à constater, le plus simple à guérir de tous les œdèmes utérins est celui qui accompagne assez souvent les rétrodéviations et qui, au début, tout au moins, est purement mécanique. Le corps utérin couché sur le sacrum est gros, élargi ou allongé. Si on le réduit par les procédés de douceur (voyez chapitre des *réductions*), l'engorgement disparaît presque instantanément, l'organe diminue parfois des deux tiers, corps et col, et, après un massage d'une minute à peine, reprend ses dimensions et sa consistance normales.

Il n'en est pas ainsi des cellulites entées sur des utérus fibromateux ni surtout des vieilles cellulites chroniques, à consistance lardacée ; le traitement ne peut pas plus les modifier qu'il ne modifie les tissus scléreux ; mais comme on n'est presque jamais fixé sur la possibilité ou l'impossibilité de régression à l'état normal, il convient d'essayer le traitement.

Traitement. — Massage et gymnastique décongestionnante ; cependant si le flux menstruel est d'ordinaire abondant, ne le diminuez pas trop.

Résultats. — Curatifs ou palliatifs.

Cellulite annexielle. — Synonymie : *oophorite*, *hyperplasie ovarienne*, *œdème ovarien* (*microkystie*) (1).

Signes : ovaires et trompes œdématiés délimitables ; ovaire doublé ou triplé, souvent prolabé, en contact

(1) L'œdème ovarien a été signalé en 1896 par Petit dans une étude sur le varicocèle.

avec l'isthme ou collé à la corne utérine sans intermédiaire de ligament. Trompes tuméfiées mais non déformées, analogues à de gros macaronis trop cuits ; d'ordinaire prolabées en paquet sur les flancs du vagin et dans le cul-de-sac postérieur, elles sont non seulement grossies, mais semblent allongées.

Traitement. — Après massage de l'utérus, on masse directement et facilement ovaires et trompes, si ces organes sont à fleur de peau, dans le plan horizontal, les parois minces, le bassin peu profond. Si ces organes sont prolabés et ballottent, si les parois sont épaisses, on est réduit au massage indirect. On traite directement par effleurage indexiel, à travers les parois vaginales ou rectales, les paquets tubaires. Le doigt en parcourt les sinuosités turgides, et ces organes, se contractant sous l'effleurage, donnent la sensation d'un macaroni cru, dur, et quelquefois forment des bosselures en chapelet. Voilà ce que j'appelais autrefois subinvolution tubaire, mauvaise expression, que je raye de mon vocabulaire. C'est simplement de l'œdème avec ou sans salpingite catarrhale.

L'ovaire œdémateux, mou et de temps en temps dur, reprend sous les doigts, à la longue, son volume et sa consistance physiologiques. Les vierges dysménorhéiques, cellulitiques et constipées, sont souvent prises pour des appendicitaires.

Résultats. — Ils varient beaucoup, ce qui tient d'abord aux difficultés du massage, ensuite au degré de la sclérose.

Cellulite péri-viscéro-annexielle. — Synonymie : *phlegmon péri-utérin*, *adéno-phlegmon*, *péri salpin-*

gite, *exsudat*, *péri-oophorite*, *péri-oophoro-salpingite*, *paramétrite*, etc., etc.

Signes. — Tuméfaction de tous volumes, quelquefois considérable englobant alors, utérus, trompes, ovaires, intestin qu'elle masque, pouvant être confondue avec toutes les tumeurs du petit bassin. Consistance variable. Œdème périphérique moins dur. Au centre, noyau coriace qui ne peut être perçu qu'après résolution de la pulpe œdémateuse. *Ainsi sont réunis dans la cellulite péri-annexielle, de la périphérie au centre*, tous les degrés histologiques de la lésion, œdèmes mous, œdèmes durs, vaisseaux dilatés, contractés, oblitérés, épaississements conjonctifs, présclérose, sclérose, et qu'on ne s'y trompe pas, c'est le fameux « tube case » de Lawson-Tait, origine des deux tiers des castrations. C'est aussi l'origine de nombreuses résections d'appendices congestionnés ou scléreux.

Traitement. — *Les accidents génitaux sont d'ordinaire congestifs, rarement inflammatoires*. Les cellulites sont régies par cette loi aujourd'hui méconnue, et qu'invoquait le grand sens clinique d'Aran quand il protesta contre l'abus de la doctrine inflammatoire (Bernutz et Goupil) ; mais les gros exsudats ou phlegmons (dans ma nomenclature : cellulite péri-viscéro-annexielle) sont exposés à l'acuité surtout à droite par la connexion cœco-appendiculaire.

Etudions le traitement des états chroniques et aigus.

Cellulite chronique et poussées subaiguës. — Traitement décongestionnant. Utérus, trompes, ovaires, intestins, étant plus ou moins confondus par l'infiltration ambiante qui les soude et les masque à la façon

d'un ciment, commencez par des massages très doux et très courts, autour de la masse. Exécutez de plus quelques vibrations et l'effleurage des parois pelviennes par le rectum.

Pendant les molimens, surtout pendant le premier, la cellulite aura tendance à s'accroître (poussées subaiguës) et les organes déjà légèrement mobilisés s'immobiliseront de nouveau en même temps que la malade éprouvera les malaises généraux et locaux de « sa période noire ». Par exception elle peut avoir de la fièvre ; mais les autres signes de l'inflammation de la séreuse manquent. La poussée est subaiguë et non pas aiguë.

Peu à peu, quelquefois brusquement et alors toujours à l'issue des molimens, les organes soudés et masqués par l'œdème se dissocient. Des sillons se creusent dans la masse. Utérus, trompes, ovaires, intestin, se dissocient. Ce sont les couches superficielles de la cellulite qui fondent. Les trompes le plus souvent atteintes de salpingite et déjà améliorées par le traitement en bloc de la tuméfaction, se révèlent semblables à de grosses sangsues mollasses, ou tendues et un peu rénitentes. Peu à peu elles reprennent leur volume et leur consistance physiologiques à moins de dilatation kystique ou de sclérose. Si elles sont englobées dans la masse cellulitique, celle-ci à leur niveau prend d'abord l'aspect de circonvolutions cérébrales. Ces circonvolutions se séparent graduellement ou tout d'un coup, à l'issue d'un molimen, et font place à une sorte de macaroni tortueux que l'effleurage fait contracter. C'est la trompe. Quand l'affection siège à droite, un sillon se forme entre le cæcum œdémateux et les annexes.

Dans cette désagglutination lente des organes, l'ovaire est en général le dernier, surtout s'il est englobé dans

le noyau de vieille cellulite chronique sur lequel s'étaient stratifiées les couches exsudatives des poussées subaiguës. Ce vieux noyau disparu — et il faut ordinairement trois mois pour cette disparition, s'il a fallu trois semaines pour l'absorption des couches superficielles — reste une induration en nappe des ligaments, qui, réserve faite des irréductibles scléroses, se résorbe soit spontanément dans les mois qui suivent le traitement, soit par l'intervention d'une courte cure kinésique ultérieure.

En cas de tumeurs proprement dites, fibrome, papillome, kystes de diverses sortes, votre massage les dégage, les démasque, permet d'en reconnaître la vraie nature et de les soigner comme il convient. Si l'intervention chirurgicale se trouve formellement indiquée, votre peine, loin d'être perdue, non seulement aura été utile, mais sera quelquefois le salut de la malade, car on l'opérera sur un bon diagnostic, et l'opération sera facilitée par la libération des organes, et la résistance de l'organisme qui se relève sous les doigts du kinésithérapeute par l'excitation du réflexe dynamogène.

Cellulite aiguë. Pelvi-péritonite. — On doit traiter les malades pour les accidents aigus localisés. Ils peuvent exister au moment où vous êtes appelé. Ils peuvent survenir au début ou au cours du traitement, par votre faute ou par une imprudence de la malade, en règle au moment d'un molimen.

La cellulite aiguë se complique toujours de pelvi-péritonite. On prend souvent la poussée de cellulite subaiguë pour une poussée pelvi-péritonitique. J'ai vu des gynécologues de mérite, Bouilly, entre autres, faire cette confusion. Il croyait à une salpingite purulente, chez une malade qui présentait de la fièvre,

avec tuméfaction droite du bas-ventre, et de vives douleurs abdomino-pelviennes. Le matin de l'opération, la malade fut trouvée sans fièvre, le ventre indolore. C'était une poussée moliminaire de cellulite subaiguë péri-annexielle ou cœco-appendiculaire, qui avait pris brusquement fin. Le fait s'est passé il y a huit ans, et depuis, la question d'opération ne s'est pas posée.

La pelvi-péritonite et la cellulite aiguë se distinguent de la cellulite subaiguë par l'ensemble des signes suivants : fièvre, parésie des intestins, dont les circonvolutions se dessinent parfois sous la peau, sensibilité localisée mais très vive, vomissements porracés. De ces symptômes, l'un, la sensibilité, est à peu près constant dans la cellulite subaiguë, et le ventre est souvent augmenté de volume ; mais je n'ai jamais vu sans inflammation de la séreuse, la parésie intestinale et les vomissements verts.

Au début des accidents pelvi-péritonitiques, n'entreprenez pas ou suspendez le traitement ; que la malade reste au lit, et faites des applications locales de sachets de glace séparés de la peau par une flanelle. Vous apaiserez rapidement l'acuité. *Aussitôt que le ventre supportera de légères pressions*, entreprenez ou reprenez la cure de massage et de gymnastique. Allez très doucement, très graduellement. Pour commencer, le doigt gauche étant introduit dans le vagin et placé à droite, à gauche ou en avant du col, exécutez simplement trois ou quatre vibrations avec la paume de la main droite déprimant doucement les tissus, que vous laissez revenir sur eux-mêmes avec une égale douceur. N'enlevez donc pas brusquement la main comme je fais pour explorer la mobilité des organes.

Très vite, la malade sera sur pieds. Vous lui aurez

épargné deux ou trois mois de lit. Vous ferez facilement dissoudre les adhérences encore jeunes et les organes se libéreront.

Soyez prudents. Sachez que, par grande exception, le pus peut se collecter rapidement. Prenez garde aux malades peu intelligentes qui se croient guéries dès qu'elles se sentent améliorées. Je répète que les lésions droites se compliquent parfois de lésions correspondantes du cœcum et de l'appendice. Ne vous fiez qu'à vos mains. Souvenez-vous des *traumas médicaux indirects*. En cas de collection purulente l'intervention chirurgicale est indispensable ; mais rappelez-vous que l'existence du pus est souvent problématique et qu'on peut prendre une anse intestinale parésiée, distendue, et proéminente dans le cul-de-sac postérieur pour un foyer à évacuer (1).

Il est possible, — mais comment le prouver ? — que le massage fasse résorber de très petites collections de pus, éparses dans un exsudat dur comme la racine d'un chou. Ce qui est certain, c'est qu'on guérit beaucoup de malades, dont les trompes sont trouvées peu ou point distendues, alors qu'on les croyait pleines de pus.

Le fait signalé plus haut (Bouilly et.... combien d'autres !) prouve qu'il n'y a pas de critère de la formation du pus. Au paragraphe des kystes salpingiens, nous verrons qu'on peut évacuer le contenu de ces organes quand l'oviducte est perméable.

Résultats. — Très remarquables. La cellulite périviscéro-annexielle représente, quand il n'y a pas de vieilles adhérences une des belles indications de la kinési-

(1) Comment on fonde une méthode ? Paris (épuisé). Lettre à Pozzi (épuisée).

thérapie et son traitement offre un vif intérêt pour le praticien parce qu'il sent au jour le jour la transformation des organes se faire entre ses doigts. Dans la cellulite péri-annexielle, comme dans toutes les cellulites d'ailleurs, c'est l'état des vaisseaux (télangiectasie, phlébectasie, endo-vascularite, artérite, sclérose) qui détermine le degré de la cure. Succès complet si la régression histologique totale est possible. En guérissant les annexites droites, vous guérirez des appendicites ou pseudo-appendicites.

Cellulite péri-uréthrale et du col de la vessie. — Synonymie : *pseudo-cystite ; cystite variqueuse cervicale* (Tillaux).

Signes. — Ténesme vésical. Les malades se plaigent d'incessants besoins, pénibles à satisfaire, douloureux même à cause de l'émission insuffisante d'urine. Le vaginisme coexiste par exception. Œdème et souffrance, très vives, à la pression des tissus postérieurs du pubis. Pour apprécier l'un et l'autre, placez la main gauche en supination, pouce étendu, médius, annulaire et auriculaire fléchis dans la paume, et, avec la pulpe de l'index introduit dans le vagin et légèrement fléchi, appréciez la consistance, le gonflement, le degré de tension, des tissus post-pubiens, voûte vaginale, insertions antérieures du releveur, et les comprimant sans violence contre les os, à droite et à gauche de la ligne médiane au voisinage de l'urèthre, dans toute la hauteur de la symphyse, quelquefois très haut, cherchez les points douloureux. S'ils existent, le diagnostic est fait. Les exacerbations moliminaires sont de règle.

Traitement. — Vibrations post-pubiennes uni-in-

dexielles (méthode de Brandt) et frictions post-pubiennes, uni-indexielles (méthode de Nahrich, de Smyrne).

Dans le procédé de Brandt, après avoir pratiqué le massage des affections gynécologiques dont la cellulite est le syndrome, placez la main dans l'attitude qui vient d'être décrite, index vaginal recourbé, appliquant de sa pulpe et sans violence les tissus post-pubiens contre la symphyse (1), puis saisissant le poignet de cette main gauche dans l'anneau digital de la main droite en supination, imprimez à celle-ci une vibration légère qui se transmettra à l'index qui touche et par suite aux tissus sous-jacents.

Durée : deux ou trois secondes. Répétez la manœuvre à droite et à gauche.

Dans le procédé de Nahrich, on ne saisit pas le poignet gauche avec la main droite. L'index exécute deux ou trois frictions un peu brutales contre la face postérieure de la symphyse, de droite à gauche, puis de gauche à droite. Je préfère la méthode de Brandt déjà douloureuse à celle de Nahrich qui s'accompagne d'une souffrance presque insupportable.

Résultats. — Excellents et rapides en général; mais, comme toutes les cellulites, celle des tissus post-pubiens réapparaît surtout au moment des molimens, tant que les cellulites concomitantes et l'affection primitive ne sont pas guéries.

Cellulite des ligaments. — Synonymie : *paramétrite.*

Signes. — L'œdème, la douleur, les contractures,

(1) Traité de kinésithérapie, p. 189, fig. 76.

rigidités et rétractions qui les accompagnent, s'observent dans toute l'étendue des ligaments latéraux et postérieurs, et modifient plus ou moins la situation et la mobilité de l'appareil utéro-annexiel. L'infiltration des ligaments de Douglas peut donner à ces replis falciformes physiologiquement minces, comme l'orifice d'une primipare au début de la dilatation, l'épaisseur de gros crayons. Vous les sentirez tels, et Geoffroy Saint-Hilaire a reproduit dans ses expériences cadavériques cette déformation. Quand le col utérin est immobilisé, entouré d'une sorte de gangue d'infiltration, avec noyaux durs, c'est le type de la paramétrite postérieure.

L'exploration si négligée des ligaments est indispensable pour diagnostiquer la cellulite, et préciser le siège, et ne pas tomber dans l'erreur très commune des fixations par adhérences inflammatoires. La cellulite ligamentaire détermine en effet des contractures fibrillaires, des rétractions, qui simulent à s'y méprendre de véritables adhérences fibreuses, des cordes rigides, œdémateuses, sans élasticité, tout à fait analogues, par leur nature et leurs effets à l'infiltration connue en obstétrique sous le nom de rigidité anatomique de l'orifice utérin, dur comme un anneau de caoutchouc ou de cuir sans souplesse.

Explorez donc les ligaments. Cherchez à localiser les douleurs indirectement par les mouvements imprimés à l'utérus et directement par le palper-massage combiné au toucher vaginal et rectal. Ce dernier a la plus haute importance. Lui seul permet de constater l'état des ligaments de Douglas et, quand l'utérus est renversé, de constater les adhérences vraies ou fausses (1).

(1) Chapitre des Déviations.

Ne pensez aux premières que si les antécédents révèlent avec une *indiscutable netteté* des accidents de pelvi-péritonite antérieurs et anciens. Poussez loin votre doigt. Dépassez le sphincter d'O'Beirn patiemment cherché, doucement déplissé, largement ouvert. Un peu plus loin, vous trouverez les cornes de l'utérus renversé. Sentez les cordes qui en partent, grosses et dures du côté de la fixation ; peu marquées, souples, élastiques ou lâches du côté opposé. Vous ne pourrez pas encore trancher la question de pseudo-adhérence ou d'adhérence vraie, pas plus que vous ne pourrez préciser dès les premières séances ce qui est ovaire, trompe, ganglion ou simple noyau de cellulite ; mais un peu de patience, de méthode et de douceur, apportera l'éclaircissement topographique nécessaire. En tous cas, la cellulite existe, masque les lésions et crée la douleur ; faites-la disparaître.

Traitement. — Gymnastique et massage ; méthodiques suivant la règle. La gymnastique est presque toujours décongestionnante. Le massage est indirect pour commencer et pour finir. Frictions circulaires et vibrations pour mobiliser l'intestin, le refouler, et pour exciter le réflexe dynamogène. Tenez-vous tout autour et loin de l'utérus, procédant comme je l'ai dit, d'une fosse iliaque à l'autre et passant par la région ombilicale. Le massage direct se pratique, soit avec le doigt qui touche, soit avec la main qui palpe, d'ordinaire avec l'un et l'autre successivement.

Si le col est immobilisé par l'œdème, placez l'index qui touche sur la face antérieure ; puis, les conditions nécessaires existant, c'est-à-dire la souplesse des parois abdominales, l'antéversion utérine, la suppression des douleurs et l'accoutumance de la malade déjà

traitée plus ou moins longtemps par le massage indirect, faites descendre la main droite, souple et pourtant ferme, jusqu'au contact des infiltrats circum-cervicaux et massez par frictions circulaires.

Ensuite par le rectum, après avoir, dans de précédentes séances, dissipé la cellulite des parois presque toujours concomitante, allez au fond du cul-de-sac de Douglas, en observant, pour la pénétration du doigt, les règles énoncées plus haut et effleurez les cordes, doucement comme si vous les badigeonniez avec un pinceau. Après un nombre variable de séances, et réserve faite des exacerbations moliminaires, œdème et rigidité disparaîtront sous votre doigt en même temps que la femme sentira la douleur s'atténuer puis s'évanouir.

Si les contractures, rigidités et rétractions siègent au sommet de l'un ou l'autre des ligaments larges, procédez de même façon, c'est-à-dire si possible (utérus bas et renversé) par l'effleurage direct uni-indexiel à travers les parois rectales ou bien (utérus antéversé) par vibrations exécutées avec la main droite à travers les parois abdominales. Exercez des frictions circulaires du côté opposé à la contracture ou rétraction, sur le ligament en apparence sain, presque toujours relâché, de façon à l'exciter à son tour ; mais insistez sur le côté malade, vous bornant aux vibrations et effleurages directs, uni-indexiels des cordes. Surtout ne les étirez pas. Elles durciraient et se rétracteraient sous vos doigts.

Cellulite et myo-cellulite des parois pelviennes et du plancher. — Synonymie : *Rectum douloureux. Sphinctéralgie sans fissure ni hémorrhoïde. Coccygodynie.*

Signes : Sensation de poids, de béance vulvaire,

et même d'issue des organes sans prolapsus. Station assise prolongée difficile à supporter. Souffrance accrue au moment où la femme se met sur pieds ; crampes internes accusées par la malade et localisées par elle dans le rectum ; douleur spontanée avant la garde-robe au passage du bol fécal de l'S iliaque dans l'ampoule, à l'approche des règles. Douleur provoquée en tous temps par la pression du doigt sur les parois pelviennes. Exacerbations moliminaires. Tels sont les signes subjectifs.

Contracture des sphincters, serrant quelquefois jusqu'à l'engourdir, la phalange prise dans leur étau. Chaleur exceptionnellement élevée, et alors, aussi gênante que la constriction pour le doigt du médecin. Crépitations, indurations localisées, grosses cordes gonflées. Petites cordes vibrantes et très sensibles qui roulent sous le doigt et lui échappent douloureusement à la façon des tendons dans la synovite des gaines. Tels sont les signes objectifs.

Traitement. — Massage et gymnastique décongestionnante ou mixte, ou congestionnante ; d'ordinaire décongestionnante. Le choix dépend du genre d'affection et de la nature des troubles fonctionnels qui ont créé et entretiennent la cellulite.

Le massage spécial à la cellulite des parois et du plancher se pratique par le rectum et consiste en effleurages très doux pratiqués avec la pulpe de la phalangette indexielle et par exception de la phalangine du pouce.

Quels sont les organes que le massage atteint et comment le pratiquer ?

C'est d'abord le bassin mou des accoucheurs, l'étage périnéal (Farabeuf) que le massage atteint, puis l'étage

pelvien plus ou moins haut suivant l'embonpoint des fesses et la forme du sacrum.

L'index introduit jusqu'à la garde, dans le rectum, se trouve en rapport *immédial* avec les parois de l'ampoule et au-dessus d'elle le sphincter supérieur, dit de O'Beirn, le puissant anneau du sphincter inférieur ou anal qui embrasse la phalange, en rapport *médiat* avec le releveur, l'ischio-coccygien, les fosses ischio-rectales ou plus exactement anales (Farabeuf), le tissu adipeux qui les comble, le sligaments sacro-sciatiques, le sacrum sur une hauteur variable, le coccyx et le raphé fibreux coccy-anal.

L'index parcourt ces différentes régions et, de sa pulpe, les tâte, et apprécie exactement leur état.

C'est elles qu'il masse et, par leur intermédiaire, *l'énorme réseau vasculaire* des parois du plancher et des viscères du bassin. Ce n'est pas seulement les vaisseaux hémorrhoïdaires qui sont influencés par le massage intra-rectal, mais les onze branches de l'hypogastrique, avec leurs innombrables anastomoses, sans parler de la non moins abondante circulation lymphatique du tissu conjonctif pelvi-périnéal et viscéral.

Vous qui doutez, pour ne pas les connaître, des effets du massage gynécologique, réfléchissez à l'étendue et à l'importance des plexus vasculaires sanguins et lymphatiques depuis les branches terminales de la honteuse interne jusqu'aux vaisseaux des viscères supérieurs, plexus compris entre l'index qui effleure les parois du bassin à travers celles de l'anus et du rectum et la main qui malaxe doucement les parois abdominales. Vous concevrez alors leur puissante action dégorgeante et la rénovation cellulaire qu'assurent d'actifs échanges nutritifs, assurés eux-

mêmes par des vaisseaux libres, élastiques, et par une circulation bien rythmée.

Je dis puissante action ; mais que ce mot n'éveille pas dans l'esprit du lecteur l'idée de force déployée pour la produire. C'est une action réflexe mise en jeu par les mouvements les plus *mesurés*, les plus doux, les plus insignifiants en apparence. Quelle force déployez-vous dans les effleurages rectaux ? demandais-je un jour à Brandt.

« Celle qui est nécessaire *pour écrire sur la buée d'une vitre.* »

Tel est le principe dont on ne doit pas s'écarter sous peine d'insuccès dans le traitement de la cellulite des parois du plancher, que je vais maintenant analyser.

Le massage pelvi-périnéal succède toujours au massage utéro-annexiel. Jusqu'à présent, je n'ai vu aucun cas, même de cellulite consécutive aux troubles de fonction, exclusivement limitée au plancher, et n'existât-il en réalité aucune cellulite concomitante des viscères génitaux, il y a toujours avantage à mettre en mouvement la circulation abdominale générale, avant d'agir sur le fond du bassin, directement, par effleurage.

Tenant la main gauche dans la position de Brandt (1), introduisez l'index dans l'anus, doucement, graduellement, jusqu'à la garde. Bien entendu le rectum ne doit pas être encombré. Vous trouvez quelquefois l'ampoule lisse et dilatée, exceptionnellement jusqu'au contact des parois pelviennes, cependant sans gaz, dilatation active par conséquent, comparable, je suppose, à celle que les vétérinaires ont constatée dans le vagin des vaches, un instant après l'introduction de la main pour l'opération de l'ovariotomie. D'ordinaire, l'ampoule est

(1) Traité de K., pages 191, 192, fig. 79, 80, 81.

plus ou moins rétractée, plissée. L'index l'étend délicatement jusqu'au contact des parois. Point n'est obligatoire, surtout dans les premiers temps, d'ouvrir et de dépasser le sphincter d'O'Beirn ; mais après quelques séances il le faut, afin de poursuivre la cellulite jusque dans ses derniers retranchements, ligaments de Douglas et ligaments larges, en cas de fixation postérieure par rétraction et contracture.

L'index touchant de sa face palmaire le plan médian : sphincter, raphé coccy-anal, coccyx et sacrum, effleurez d'abord la moitié de la cuvette périnéo-pelvienne, de bas en haut, quatre ou cinq fois. Ramenez chaque fois le doigt sur la ligne médiane. Exécutez la même manœuvre sur le côté droit du bassin. Pour cela la phalange indexielle fait demi-tour dans la virole sphinctérienne — rotation toujours douloureuse jusqu'à guérison — le médius, l'annulaire et l'auriculaire se fléchissent dans la paume, pour que dans la course d'effleurage, le poignet se mette sans peine en pronation, même forcée. Appliquez-vous à rendre l'effleurage un peu vibrant.

Ce massage éveille la souffrance. Dans les premiers temps, elle ne cessera qu'après le retrait du doigt ; elle doit *en tous cas* cesser alors ou peu après.

Plus tard, elle disparaîtra sous le doigt pendant le massage. Vous serez tenté de chercher d'emblée les points les plus douloureux qui sont, d'ordinaire, les attaches du releveur au raphé et de l'ischio-coccygien au coccyx, le bord du grand ligament sacro-sciatique, les parois du sacrum, les tissus avoisinant le sphinter d'O'Beirn, etc. Gardez-vous de cette curiosité inutile et nuisible. Vous la satisferez plus tard, et non au début du traitement alors que tout est ultra-sensible.

C'est principalement la phalangette qui effleure, et un

peu la phalangine. La phalange ne fait que tourner et frotter, mode de massage inférieur et douloureux, mais si vous parvenez à la faire vibrer légèrement, la douleur disparaît ou est réduite au minimum.

La phalangette, dont vous pouvez varier la situation intra-pelvienne en retirant plus ou moins le doigt, décrit un arc de cercle, tandis que la racine de l'index, immobile est nulle au point de vue de l'effleurage. Aussi, est-il souvent utile, parfois nécessaire, pour explorer et traiter le sphincter, le releveur et les fosses ischio-anales, de se servir des pouces, alternativement du droit et du gauche pour chaque moitié du périnée ; mais défiez-vous des pouces presque toujours trop forts, et qui étendent les fibres musculaires, déterminent la contracture, et probablement blessent les tissus, car chez beaucoup de génitales neuro-arthritiques, la moindre contusion est suivie d'ecchymoses. Un heurt léger, un coup insignifiant, se marque en bleu ou en rouge sur leur peau.

La légèreté de main a donc comme en tout massage gynécologique, la plus haute importance. Toutes ces malades sont des nerveuses. On ne réussit que par la douceur. Défiez-vous de la force. Si vous remarquez que le lundi la sensibilité est moindre — en dehors des molimens bien entendu — interrompez le traitement le jeudi comme le dimanche, ou pratiquez-le tous les deux jours. *Dans les très vieilles cellulites, la guérison peut n'avoir lieu qu'après cessation de la cure.*

Au début des traitements, quand l'anneau sphinctérien spasmodiquement resserré immobilise le doigt pris dans son étau, quand la douleur à la pénétration est excessive et causée soit par des hémorrhoïdes soit par une fissure, l'effleurage serait une torture ; on doit donc, avant de l'entreprendre, supprimer contracture et

souffrance. Ayez recours pour cela à la vibration mécanique — je suppose la vibration manuelle impossible à cause du volume ou de la constriction du doigt — pratiquée avec un vibrateur et non pas un trépidateur. Ce n'est pas que le trépidateur ne puisse rendre service, mais il est contre-indiqué pour les femmes prédisposées aux hémorrhagies. L'électricité (haute tension) calme également la sphinctéralgie. Vibration et électricité, quand elles suppriment promptement la douleur hémorrhoïdaire ou fissuraire ont sur l'opération brutale mais efficace de la dilatation forcée (1), l'avantage de ne pas être offensives et de laisser la malade vaquer à ses occupations ; mais je ne possède pas les documents nécessaires au parallèle clinique des trois procédés.

La gymnastique des cellulitiques est décongestionnante ou congestionnante. N'employez jamais cette dernière d'une façon continue. Vous risqueriez de provoquer la congestion fruste ou leucorrhéipare. Les exercices seront donc toujours décongestionnants jusqu'au XIVe jour au moins, puis, s'il y a lieu, remplacés par la circumduction fémorale passive, exécutée tous les deux jours jusqu'aux règles. *Celles-ci seront plus abondantes et de meilleure qualité dans les mois qui suivront le traitement ; cette abondance contribuera à la guérison et l'entretiendra.*

Cellulite généralisée. — Cellulite sous-cutanée abdominale ou panniculite. — Myite ou myosite. — Myocellulite.

Signes. — Sensation de poids, qu'exaltent les moli-

(1) A l'origine *massage* préconisé par Moltenot, puis par Récamier, en 1833, emprunté aux orientaux, et qualifié de cadencé, j'ignore pourquoi.

mens d'abord, puis la pression des vêtements, les efforts, l'immobilisation, ou, au contraire, le mouvement quand il est fatigant, ou brusque, ou succède à la station assise prolongée, et le massage quand il est mal calculé.

La cellulite généralisée entraîne tous les degrés de souffrance et aboutit à l'infirmité. La malade ne peut localiser la douleur, n'en perçoit que les irradiations profondes ou éloignées et devient de plus en plus neurasthénique. De là des erreurs de diagnostic fantastiques, préjudiciables, et l'impuissance thérapeutique. Telle malade se plaint de céphalées rebelles et est atteinte de myo-cellulite de la nuque et de la région sus-scapulaire. Norström a décrit en France cette variété. Chez telle autre, la région deltoïdienne est envahie et on la croit rhumatisante. Josephson à vu la panniculite prise pour affection cardiaque. Il est de règle que la panniculite soit confondue avec les maladies du bas-ventre. D'ailleurs les cellulites pelviennes, dernier vestige de métrite et métro-salpingite éteintes, ou d'anciens troubles fonctionnels accompagnent la panniculite dans nombre de cas. Elle peut même faire croire à des tumeurs, quand la malade se défend et se contracte au moment de l'examen. J'ai cité dans les *Annales de Gynécologie* le cas d'une malade guérie en 1892, (guérison qui persiste aujourd'hui), dans l'espace de quelques semaines, d'une panniculite compliquée de cellulite pelvienne, qui avait dérouté Siredey. Les diagnostics successifs avaient été : tumeur hépatique, paramétrite, menace de prolapsus ; les traitements : l'aquapuncture, les pointes de feu, vésicatoires, repos absolu et des pessaires de plus en plus volumineux, le vagin s'étant dilaté par leur usage. La médecine avait abandonné cette infirme, alitée depuis 27 mois à laquelle le diagnostic cellulite et le traitement kinési-

6

que ont rendu la santé. On voit par là que la cellulite et la myo-cellulite acquises, installées, invétérées, créent l'impotence. J'ai cité un second exemple de cette apparente incurabilité dans la préface de mon Traité : une châtrée qui conservait à côté du lit où elle était clouée un bocal contenant utérus normal et ovaire cellulitique. J'en ai vu d'autres encore, immobilisées depuis des années et parmi elles de vraies incurables, grâce à l'usage de la morphine, ou à la nervosité extrême, que des opérations multiples avaient exaltée.

La panniculite et la myite ont deux signes objectifs pathognomoniques : l'œdème et la douleur.

L'œdème se perçoit, pour la panniculite en faisant à la peau un pli qu'on saisit, étire, et roule entre les pouces et les phalangettes (1).

Il ne faut pas saisir la peau seule, mais la peau et le pannicule, ce qui fait de gros plis, les panniculitiques étant grasses en règle, maigres par exception.

L'œdème est diffus ou localisé. Diffus, il est uniforme et donne la sensation d'un morceau de lard. Par le massage il ne tarde pas à se localiser. Localisé, il se présente sous forme de lobes, de lobules, de grains.

L'œdème siège surtout dans les régions péri-ombilicale, inguinale, iliaque et dans les flancs. Il est uni ou bilatéral, toujours ferme parfois très dur. Les doigts n'y laissent pas d'empreinte. La consistance lardacée, la forme lobulaire ou granulée sont commandées par la structure anatomique des tissus. Ce n'est pas ainsi que se manifeste la cellulite pelvienne. Les grains et noyaux sont la règle dans la panniculite. Ils sont l'exception dans la cellulite pelvi-périnéale et dans celle des ligaments. A cause de la confusion aponévrotique des plans fibro-musculaires

(1) Traité de Kin., p. 96, fig. 22.

plus ou moins rigides et tendus du plancher pelvien, à cause des tractus fibreux ligamentaires, l'œdème y prend la forme d'infiltrats crépitants, de cordes épaisses sans élasticité, ou amincies et vibrantes, ou encore relâchées comme je l'ai dit au paragraphe spécial concernant cette variété.

Dans la myite, même lorsqu'on peut saisir le muscle entre le pouce et les phalangettes comme un pli de la peau, ce qui se fait par exception et m'est arrivé pour les droits de l'abdomen, écartés par une large éventration, on ne perçoit que la contracture douloureuse. Notons à ce propos que Kyellberg cité par Delassus, admet, dans un stade avancé de l'affection, l'amollissement extrême de la fibre musculaire et la diminution de la puissance contractile.

Les divers aspects de l'œdème, dus à la structure anatomique des organes affectés, et au processus de l'affection cellulitique, le rendent tantôt difficile, tantôt facile, à apprécier, de sorte qu'il peut manquer ou paraître manquer même dans le type sous-cutané, chose rare cependant ; les noyaux se démasquant presque toujours après quelques séances de massage. Le second signe objectif et pathognomonique de la panniculite et de la myocellulite est constant. Je veux parler de la douleur. Elle est toujours pénible, quelquefois atroce, et se manifeste à la palpation de la peau, ou des muscles, plans aponévrotiques et espaces adipeux, comme nous l'avons vu dans la cellulite et myo-cellulite du plancher.

Delassus (1) a insisté avec raison sur la constance de la douleur, seul signe perceptible dans certains cas. Elle se

(1) Panniculite ; Myo-cellulite : Cellulite pelvienne. XIII° congrès international. Paris 1900.

révèle d'abord en déprimant la peau comme on le fait dans toute palpation. De là, la confusion fréquente de l'affection avec les maladies viscérales, et, si la malade se défend et se contracte, l'apparition de ce qu'on a nommé les tumeurs fantômes ; mais le médecin avisé explore de suite la peau, méthodiquement (voyez plus haut), sans pincement, sans violence et constate que les tissus cutanés et sous-cutanés sont extrêmement sensibles. Le maximum de sensibilité existe à l'endroit précis des noyaux ou granulations. Le diagnostic est alors fait. Il est impossible de confondre la panniculite avec les zones hystérogènes, les phlegmons de la paroi et la péritonite. Quant aux névralgies de Beau et de Valleix, c'est, à proprement parler, la cellulite. Il ne reste plus qu'à rechercher les cellulites concomitantes, pelviennes en général, et les affections ou troubles fonctionnels génitaux qui ont fait naître et ont commandé ou commandent la panniculite.

Traitement. — Josephson a justement dit qu'il consiste par excellence dans le massage, et que son succès est un dernier signe pathognomonique de la cellulite.

Le procédé que j'ai indiqué à propos de la recherche des panniculites convient à leur traitement. On saisit un pli de la peau en y comprenant le pannicule de la région malade, on l'étire, on le fait rouler entre les doigts.

Tel est le schéma du massage ; mais cela ne suffit pas, et il importe de connaître ce qui suit.

Le massage de la panniculite est douloureux. Il ne peut pas ne pas être douloureux. J'ai écrit qu'on doit toujours épargner la douleur. Vous ne pourrez l'épar-

gner absolument. Epargnez-la le plus possible. Ne cherchez jamais à écraser les noyaux comme font certains Suédois. Faites de gros plis à la peau, malaxez doucement tout le paquet et puis étirez un peu, pas trop.

La sensibilité augmente parfois dans les premiers jours du traitement. Il y a même des panniculites que le massage seul dépiste. On hésite sur son existence au début et quelques massages décèlent les noyaux et localisent une panniculite diffuse.

Beaucoup de malades guérissent en quelques semaines radicalement. Pour d'autres, il faut trois ou quatre mois, quelquefois davantage. Cela dépend d'abord de la méthode du massage. La prolongation des séances, l'étirement des muscles contracturés, l'écrasement des noyaux, peuvent par exception provoquer des hémorrhagies génitales chez les malades prédisposées, et de l'adynamie consécutive aux séances, sans parler des extravasations sanguines sous-cutanées, ou des abcès (panniculite aiguë). En tous cas, ces détestables procédés entretiennent et recréent ce qu'on veut détruire. Les difficultés dépendent encore des affections génitales ou des troubles de fonction concomitants qui sont le principe de la cellulite et que vous devez traiter simultanément. Enfin, les difficultés dépendent du degré de neurasthénie où la malade est réduite. Il y a des femmes dont le système nerveux a été tellement ébranlé par la souffrance accrue avec les années et par les traitements erronés auxquels on les a soumises, qu'elles deviennent une sorte de *noli me tangere*. La vibration même, d'ordinaire si calmante, leur est insupportable. Le moindre attouchement les exaspère et on est obligé d'abandonner ces malades dont le pannicule est farci de cellulite généralisée et qu'on aurait pu guérir si le diagnostic

avait été fait à temps, car le massage est vraiment une méthode héroïque de traitement de cette affection ; mais il faut pouvoir l'appliquer. J'ai dû laisser à son malheureux sort une alitée depuis six opérations génitales consécutives, après chacune desquelles l'état empirait. J'ai réussi très difficilement, très lentement, pour une autre malade du même genre, qui souffrait depuis vingt et un ans et n'avait, pour son compte, subi qu'un curettage, l'ablation de l'appendice et d'un ovaire. J'ai fait et je fais pendant cette cure (car elle dure encore), des expériences qui peuvent profiter à d'autres. Les voici : en pareil cas, les cures doivent être très courtes et espacées, trois ou quatre semaines deux fois par an. Le mode de massage est : soit la malaxation, soit les effleurages (pour la cellulite pelvienne concomitante), ou bien — et c'est ce qui m'a réussi chez cette malade dont l'utérus était fibromateux et ménorrhagique — le massage gynécologique proprement dit par friction circulaire. On agit ainsi indirectement, par éveil du réflexe en remontant l'état général. Après de vains essais, j'ai renoncé au traitement direct, mais les grands progrès réalisés me permettront de l'entreprendre dans l'avenir.

Il est bon, surtout avec cette sorte de panniculitiques non seulement de diminuer la durée des cures, mais de ne les traiter que trois ou quatre fois par semaine. De plus, même si le succès semble probable, prompt, et la guérison escomptable, les cellulitiques invétérées doivent s'attendre à des rechutes, dont vous serez d'ailleurs rapidement maîtres, à condition que la malade vienne vous trouver sans retard.

La grossesse crée ou redouble parfois la panniculite. En ce cas, remettez le traitement à cause des réflexes génitaux que pourrait exciter la douleur, et parce que

le massage de la peau panniculitique semble congestionner les organes profonds. Si les malaises et souffrances exigent l'intervention kinésique, qu'elle soit intermittente, comme je l'ai recommandé, pendant la gestation.

La gymnastique a une haute importance pour les cellulitiques. Une des difficultés que j'ai éprouvées dans le dernier cas cité tient à l'impossibilité pour la malade d'exécuter correctement les exercices décongestionnants, qui seraient maîtres des ménorrhagies. Le moindre effort, la plus légère application d'esprit, sont suivis d'adynamie, de dépression physique et morale.

Le genre de gymnastique dépend des fonctions menstruelles, la décongestionnante pour les ménorrhagiques, la congestionnante pour les oligo ou aménorrhéiques. Sachez que les cellulitiques même vierges, à plus forte raison anciennes salpingitiques, ont facilement des pertes blanches qu'augmentent les mouvements congestionnants. N'exercez donc pas la circumduction fémorale passive, exclusive, pendant tout le mois, par crainte des congestions frustes et leucorrhéipares. Pratiquez l'abduction fémorale pendant les deux premiers septenaires (1).

(1) HISTORIQUE DE LA CELLULITE ET DE LA MYOCELLULITE.

Les masseurs et gymnastes suédois élèves de Ling ont découvert, traité, et guéri des noyaux durs dans le tissu adipeux et dans les muscles des diverses régions du corps. C'est la panniculite et la myo-cellulite ou myite.

Vers 1888, Norström, Suédois, signala en France la guérison de céphalées rebelles, par le massage des muscles cervico-dorsaux indurés et douloureux (myite).

En Suède, Salin avait appelé, dès 1880, l'attention de ses élèves sur la cellulite, que les masseurs lui avaient montrée.

En 1891, Josephson étudie la cellulite sous-cutanée abdominale à la fin de sa thèse inaugurale. J'en ai donné la traduction dans les notes complémentaires de mon traité (p. 607-613). Josephson

Métro-salpingites.

C'est principalement en médecine que le verbiage et surtout le verbalisme sont habituels. Ils donnent l'illusion de la science au *profanum Vulgus* et même au médecin, qui paye son ignorance avec un mot.

Métrite, et, depuis quelques années, *salpingite*, ou *annexite*, sont de ces mots commodes, véritables passe-partout dont on abuse. Combien de médecins diagnostiquent : métrite, sur les seuls symptômes de congestion, douleur, catarrhe, ou hémorrhagie : salpingite, parce qu'un cul-de-sac vaginal est empâté : prolapsus, parce que la malade accuse une sensation de poids ; né-

dit que Salin, professeur officiel, a découvert la vraie nature et le traitement de la maladie. Ce n'est pas exact. Les gymnastes suédois avaient instruit Salin.

Kjellberg, suédois, cité par Hogner, aurait étudié la myite vers cette époque.

En 1891, Viderstrom, en Suède, mentionne pour la première fois l'existence de la cellulite pelvienne, manifestation analogue à la panniculite. J'ai donné également la traduction de son opuscule dans mon traité (p. 613-614).

En 1893, Stapfer, en France étudie *les cellulites* et montre que cette affection n'est pas une entité morbide. Il en fait un syndrome *commun* des maladies des femmes et prouve que la cellulite sous-cutanée n'est qu'une variété des cellulites et myites, qu'il n'y a pas de chronicité génitale sans cellulite, que la nomenclature des traités est encombrée de termes qui caractérisent une seule et même manifestation morbide: la cellulite, œdème dur ou mou. Il propose de réunir toutes les variétés en une seule famille.

En 1896, Richard Hogner, suédois, publie dans le *Medical Times and Register* (25 avril) un article sur « la cellulite ou panniculite adipeuse et le myitis, complication habituelle des maladies des femmes », article où sont cités Salin, Josephson et Kjellberg. (It is not mentioned in medical litterature, to my Knovledge, except by Josephson and Kjellberg.) Le mot panniculite qui désigne la cellulite sous-cutanée a été imaginé par lui, je le suppose du moins. N'ai-je pas, pour ma part, dûment inventé et forgé, avec l'aide de l'helléniste Perrot le mot : kinésithérapie ? Littré que je n'avais pensé à consulter, et mon ami Saquet, bibliographe exact

vralgie pelvienne, parce que les souffrances sont vives et en apparence subjectives ?

Dans les livres de compilation, par nécessité didactique, pour satisfaire l'esprit, le mettre d'accord avec les idées du jour, et aussi, avouons-le, pour se montrer savant à bon marché et jeter de la poudre aux yeux, on met à contribution l'histologie, la séméiologie, l'étiologie et... le verbalisme ou le verbiage, pour greffer sur une même espèce nosologique des variétés et sous-variétés à l'infini. A propos des cellulites, j'ai montré de quelle façon utile la formidable nomenclature des auteurs pouvait être simplifiée. A propos des métrites, je demanderai ce qu'est, par exemple, la « métrite (?) hémorrhagique » des vierges qui ont des règles profuses.

On a décrit des métrites du corps, du col, inflammatoires, congestives, aiguës, chroniques, fibromateu-

en possession de la brochure de Georgi, m'ont désillusionné et remis à cet égard au rang de vulgarisateur.

En 1896, Petit signale l'œdème ovarien à propos du varicocèle.

En 1897, Stapfer reprend dans son « Traité de kinésithérapie » la description des œdèmes dont il avait parlé à diverses reprises depuis 1893 aux Sociétés et Congrès. Le rôle prépondérant de la cellulite en gynécologie s'affirme pour lui ; il la considère comme une présclérose. Simple hypothèse, car à sa description des œdèmes, l'anatomie pathologique continue à faire défaut.

En 1898, Geoffroy Saint-Hilaire (thèse inaugurale) reproduit expérimentalement les œdèmes mous du bassin, fait l'étude histologique de plusieurs pièces, et, s'autorisant d'elles, met en sous-titre de sa monographie sur les œdèmes pelviens : présclérose.

En 1899, paraît la thèse de Colmaire, élève du Prof. Delassus (Lille) dont la curiosité, éveillée par un cas de panniculite méconnue, avait recherché et collationné bon nombre d'observations. Suivant Colmaire c'est Josephson qui a créé le mot panniculite.

En 1899, Krikortz (thèse inaugurale, Paris), suédois, rattache la cellulite à la diathèse arthritique. Il cite un travail de Kjellberg datant de 1898.

En 1900, communication de Delassus au XIII[e] Congrès de médecine.

ses, polypeuses, tuberculeuses, fongueuses, ulcéreuses, catarrhales, purulentes, hémorrhagiques, endothéliales, parenchymateuses, hypertrophiques, hyperplasiques, infectieuses, accidentelles, subinvolutives, dyscrasiques, diathésiques, virginales, crépusculaires !... enfin, des métrites *vraies*... et même... *fausses*! Ces dernières sont très fréquentes, comme l'a montré fort bien Doléris, qui a imaginé le qualificatif ; mais alors, ce ne sont pas des métrites. Il y a ou il n'y a pas métrite. Qu'est-ce donc que la métrite ?

En pratique, il existe *une* métrite, quelquefois aiguë, d'ordinaire subaiguë, puis rapidement chronique, ou même chronique d'emblée, occupant le corps et le col. Dans le dernier cas, elle se cantonne au col d'où elle irradie lentement.

La marche de cette affection nous renseigne sur son origine. Dans les cas aigus et subaigus, la muqueuse, d'abord atteinte, est enflammée, souvent ulcérée, au museau de tanche ; elle excrète des mucosités sanguinolentes, tenaces, visqueuses, gluantes, parce qu'elles proviennent des glandes cervicales, dernier vestige, chez les vivipares, de la portion de l'oviducte qui sécrète le blanc de l'œuf des ovipares.

Tel est le début ordinaire de la métrite, une endocervicite plus ou moins brusque qui parfois se propage rapidement, par contiguïté des muqueuses du canal génital, jusqu'à formation d'une endo-salpingite. C'est la métrite vraie de Doléris. A ce moment, s'installe déjà la cellulite sous forme d'œdèmes mous intra et péri-utérins, ovariens, salpingiens et ligamentaires. Quant aux œdèmes durs, ils ne se formeront que par le passage à l'état chronique de la métrite. La chronicité s'installe de la façon suivante :

Au col, les tissus s'hypertrophient, s'indurent, se déforment. La cavité cervicale devient anfractueuse. Les glandes s'allongent, sécrètent abondamment un liquide muco-purulent, s'obturent, forment des kystes. L'orifice déchiré par des accouchements antérieurs bâille et montre la muqueuse ectropiée.

Au corps, la muqueuse enflammée s'épaissit, devient tomenteuse à la longue, et, dès le début, laisse suinter du sang et de la sérosité ; puis le parenchyme s'indure et l'utérus, dont la forme, la consistance et la structure sont modifiées, conserve un volume double ou triple de la normale.

Aux trompes, soit par contiguïté, soit par voie lymphatique, un même processus morbide détermine des lésions conformes à la structure de ces organes. Leur muqueuse s'altère et sécrète ; leur calibre augmente. L'œdème les infiltre, et infiltre aussi les ovaires perpétuellement congestionnés. Les vaisseaux subissent de profondes modifications, les veines se dilatent, deviennent variqueuses, les artères s'oblitèrent. La pré-sclérose, puis la sclérose font apparition. Les oviductes deviennent noueux et parfois se distendent sur les points faibles, formant des poches ou kystes où le sang, la sérosité, le muco-pus s'accumulent. Souvent encore, ils s'entourent d'exsudats, formant ces tumeurs œdémateuses, dures, que j'ai décrites sous le nom de cellulite péri-annexielle aiguë et subaiguë.

Telle est la marche de la métrite, sauf variantes. Laissant de côté la cellulite, dont l'apparition signale le passage à la chronicité et qui, conséquence des troubles circulatoires et des modifications vasculaires, mettra des semaines, des mois, des années à évoluer, on voit que cette marche, au début, a une allure spé-

ciale, une allure *infectieuse*. L'infection est démontrée d'abord par la présence du gonocoque, qui pullule dans le conduit vaginal de nombreuses métritiques, mais au début seulement, car ce microbe est rapidement remplacé par une flore et une faune complexes ; ensuite par la fréquence des métrites chez des femmes jusque-là indemnes, à la suite des premiers rapports conjugaux ou de leur reprise, aux relevailles, et là encore le gonocoque est en cause, ou bien à la suite de couches infectieuses ou de l'usage de canules douteuses mises en contact avec des muqueuses altérées, et alors le streptocoque et le staphylocoque sont incriminables.

Telle est l'origine des métro-salpingites, primitives et secondaires, affections dont le début est souvent brusque, les premiers pas caractéristiques et l'origine infectieuse. Dès 1891, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Pàris, malgré les dénégations de Martineau, Doléris a, le premier, en France timidement admis et plus tard énergiquement affirmé la fréquence de l'origine gonococcique.

Les métrites ont-elles une autre origine que l'infection ?

Nous avons vu, dans l'évolution *chronique* des métro-salpingites, les troubles fonctionnels entraîner les congestions moliminaires, engendrer la cellulite et jouer ainsi un rôle capital. Or, comme les troubles fonctionnels existent sans infection, on conçoit qu'à eux seuls ils soient cause de congestions, de catarrhes, d'états morbides divers qui ont avec la métrite un air de famille et la favorisent sans aucun doute puisque les organes sont mal défendus contre les infections secondaires ; mais considérerai-je, comme métritique, une vierge exposée aux méno et métrorrhagies. Et

celles qui ont un gros col et de la leucorrhée visqueuse, ou les fillettes qui perdent en blanc, les nommerai-je *métritiques virginales?* Si la subinvolution que caractérise un col saignant volumineux, une muqueuse ectropiée et un corps volumineux est une métrite, je lui donnerai donc la dénomination bizarre de *métrite physiologique*. La légion des neuro-arthritiques, qui ont de temps en temps du catarrhe et des érosions parfois très rebelles, seront-elles aussi des *métritiques diathésiques et dyscrasiques érosives*.

Les qualifierai-je, avec Doléris, de *fausses métritiques?* Alors, pourquoi ne pas qualifier de *pseudo-salpingites* les œdèmes et les varicocèles péri-tubaires et *pseudo-ovarites* les ovaires infiltrés et volumineux? Non, il n'y a que de faux diagnostics. Les mots : cellulite, troubles fonctionnels, catarrhes, congestions, suivant le genre et le degré des lésions anatomiques, caractérisent nettement ces états morbides qui n'ont, avec la métrite, qu'un *air de famille*.

Traitement. — Il consiste en massage et gymnastique et varie peu. Qu'on ait affaire à une endométro-salpingite au début ou à une vieille métrite chronique, il est toujours décongestionnant. La conduite du traitement est des plus simples : séances quotidiennes pendant trois mois, quatre au plus. Chaque séance se compose : 1° de l'exercice de flexion et d'extension des bras ; 2° du massage utéro-annexiel méthodique indirect ou direct ; 3° de l'exercice d'abduction fémorale ; 4° de l'exercice respiratoire. Les complications apportent nécessairement quelque variété dans les manœuvres, mais toutes les complications étant étudiées à part dans cet opuscule, leur répétition serait une redite. Je me

borne donc à indiquer ce qui n'est pas expliqué ailleurs.

Les avantages des traitements précoces, dont j'ai fait un principe général en kinésithérapie, ne font aucun doute pour les métrites. Toutes les fois que vous le pourrez, entreprenez le traitement quand le gonocoque pullule encore dans le vagin, ou pendant les suites d'accouchement ou d'avortement à la première menace de chronicité, ou même avant, lors des auto-infections utérines et de la fièvre comme je l'ai dit. Par curiosité et pour démontrer le *pouvoir phagocytocique* du massage, je me suis dispensé d'injections dans les premiers cas gonococciques que j'ai soignés, mais il n'y a nulle raison de se priver de la prophylaxie vaginale à moins qu'on ne veuille faire la même expérience ; de plus on traitera par prudence ces infectées après les autres malades.

A ce propos, je rappelle ce que j'ai déjà dit d'une façon générale (aphorismes) sur l'adjonction des médicaments prétendus succédanés. J'ai vu l'emploi des hémostatiques, surtout de l'ergot à petites doses, au cours des métrorrhagies chroniques, paralyser le traitement et le sang ne cesser de couler qu'après leur suppression. J'explique le fait de la façon suivante. L'ergot agit en resserrant les vaisseaux. A ce resserrement brusque et énergique succède par réaction un relâchement. Or, ce qu'il faut à l'appareil vasculaire plus ou moins altéré et en tous cas parésié, c'est, non pas une soudaine contracture, mais la rééducation graduelle et lente de la contractilité et le retour du rythme. Je dis : rééducation lente. La graduation des effets, la lenteur qu'on reproche à la kinésithérapie, représentent au contraire un de ses bienfaits, et les lui objecter, c'est méconnaître l'essence même de la cure des affections chroniques. J'ai

vu l'arrêt instantané de métrorrhagies au moyen de l'ergot à forte dose suivi de troubles hépatiques graves. *Chi va piano va sano, e chi va sano va lontano.*

Les érosions et ulcérations ne nécessitent aucune manœuvre, aucune gymnastique particulière. Il suffit de masser l'isthme et le col, ce qui constitue le premier temps du massage utérin direct méthodique. La guérison s'obtient par l'activité des échanges nutritifs, conséquence du rétablissement de la circulation. Elle est tantôt rapide même pour des ectropions et ulcérations justiciables de l'opération de Schrœder, tantôt lente, très lente même pour les érosions superficielles qu'on a comparées aux folliculites. La guérison une fois obtenue est radicale. Ce n'est pas une épidermisation.

Traitez les endosalpingites comme les métrites. C'est toujours par l'utérus que débutent et finissent les massages ; entre deux, massez les annexes. Le massage direct est, bien entendu, plus efficace. Il est facile si les trompes sont en place, si le ventre est souple, les tissus peu infiltrés, la sensibilité peu prononcée. Il est difficile ou même impossible quand les oviductes sont prolabés et la région ambiante douloureuse. Réduits alors pour un temps plus ou moins long au massage indirect, vous procéderez plus tard au massage direct si les trompes sont accessibles. Si vous avez affaire non plus à une métro-salpingite débutante, mais à de vieilles lésions chroniques du col, du corps ou des annexes, arrivez graduellement en plusieurs séances au massage direct après disparition de la cellulite ambiante.

Dans les cervicites, massez le plus tôt possible, le col saisi entre l'index sur la face antérieure duquel

l'utérus est couché, et la pulpe des phalangettes de l'autre main descendant à fond dans le cul-de-sac péritonéal postérieur, jusqu'au contact de l'isthme. Le traitement n'a aucune prise sur les tissus scléreux et cicatriciels. Beaucoup de cols ne sont plus modifiables ni dans leur forme, ni dans leur consistance. L'essentiel est de les mobiliser et, pour cette mobilisation absolue ou relative, il suffit de faire disparaître la cellulite postérieure. Les anciennes pelvi-péritonites, les dislocations, compliquent la cure.

Le traitement des trompes et des ovaires est décrit au chapitre des cellulites péri-annexielles. Les particularités qu'offrent celui des kystes et néoplasmes seront indiquées au chapitre des tumeurs.

Les écoulements muco-purulents des métro-salpingites d'ancienne date disparaissent dans nombre de cas ; mais il n'y faut pas compter absolument, surtout si les rapports sexuels continuent ou reprennent à la première amélioration. Le coït entrave la guérison et provoque des poussées de cellulites, d'abondantes excrétions et des malaises généraux, surtout lors des molimens.

Résultats. — Tout à fait remarquables et définitifs dans les métro-salpingites débutantes, mais je n'en ai soigné qu'un petit nombre. Je ne compte plus les succès dans les vieilles chronicités, j'entends le succès durable avec grossesse consécutive ; mais pas toujours définitifs. Il suffit d'entretenir la circulation abdomino-pelvienne par de petites cures de plus en plus distantes puis prévenir ou arrêter le retour offensif de la cellulite péri-oophoro-salpingienne.

TUMEURS

A. Tumeurs solides ; résolubles ; non résolubles. — B. Tumeurs liquides évacuables. — C. Tumeurs solides et liquides résolubles et résorbables.

A. **Tumeurs solides résolubles**. — Ce sont les tumeurs œdémateuses décrites, sous le nom de tuméfactions, au chapitre des cellulites.

B. — **Tumeurs solides non résolubles**. — Ce sont les fibromes, les kystes dermoïdes, certains papillomes et autres tumeurs *bénignes*.

Traitement. — Décongestionnant. Gymnastique et massage méthodiques. Vous devez : 1° libérer la tumeur ; 2° arrêter le sang ; 3° relever l'état général.

Résultats. — Palliatifs. Pas constants ; mais souvent très durables.

Quand vous traitez une fibromateuse épuisée par les hémorrhagies, profondément anémiée et non d'anémie récente mais invétérée, en un mot cachectique, quoiqu'il n'y ait pas apparence d'affection maligne, ne manquez pas de faire observer qu'alors surtout les fibromateuses sont exposées aux morts subites, même en l'absence de lésion cardiaque proprement dite. Si l'opération est proposée, dites que dangereuse en raison de l'état débile, elle peut entraîner, par la suppression radicale et brusque de la tumeur, des accidents de même genre ou moins graves (tachycardie) mais pires que l'hémorrhagie ou l'enclavement auxquels la kinésithérapie remédie. Il est naturellement impossible d'énumérer les indications et contre-indications opératoires. Chaque fibromateuse a sa physionomie individuelle. Il appar-

tient au savoir médical et à une expérience approfondie de juger les divers cas.

En règle, on ne devrait jamais opérer les tumeurs solides non résolubles, sans cure kinésique préalable, pour les raisons suivantes :

1° Si le diagnostic est douteux le massage l'éclaire ;

2° La disparition de la cellulite ambiante (fibrome, papillome, kyste dermoïde), la mobilisation des tumeurs, leur désenclavement, la suppression des hémorrhagies améliorent à tous points de vue la condition des malades et suffit, dans nombre de cas, à leur assurer une existence où l'infirmité est réduite au minimum.

3° Dans les cas où l'échéance opératoire seule est en question (ex. : tumeurs bénignes entraînant l'ascite ou l'anasarque), la malade arrive à cette échéance dans l'état le plus favorable, c'est-à-dire avec une tumeur absolument ou relativement libérée et une force de résistance qui n'existait pas avant la cure kinésique.

Tumeurs liquides évacuables. — Ce sont les *kystes* et le *varicocèle* salpingiens. Les kystes sont *séreux*, *hématiques*, *purulents*.

Signes.— Les kystes à sérosité pure, sont rares relativement aux séro-hématiques, hématiques et purulents ; ils représentent une des grandes curiosités de l'appareil génital. Certaines hydrorrhées, sur lesquelles j'ai fait jadis un travail critique sans expérience personnelle (1) sont certainement des salpingorrhées. Leur caractère pathognomonique est la présence d'une poche contractile, rénitente, qui se forme peu à peu sur le trajet de l'ovi-

(1) Stapfer. — Thèse d'agrégation.

ducte, s'accroît lentement et disparaît soudain. Cette disparition coïncide avec l'expulsion brusque d'une quantité souvent considérable d'eau limpide comme celle d'une fontaine. L'évacuation de la poche se fait à plusieurs semaines au moins d'intervalle. Ces tumeurs ne s'opposent pas à la grossesse, et la grossesse peut continuer, même sans menace d'interruption, quoique les phénomènes de réplétion et d'évacuation persistent pendant son cours. Le massage facilite le diagnostic, en favorisant, *par action réflexe*, la contraction du kyste et l'émission de l'eau, qui d'ordinaire suit l'une ou l'autre des séances kinésiques.

Les kystes hématiques assez fréquents, sont caractérisés par une tumeur molle, à volume variable, située sur le trajet de l'oviducte et par d'abondantes hémorrhagies. Abandonnés à eux-mêmes, non traités, et surtout maltraités (chocs conjugaux, grossesses suivies d'avortements), ils suppurent (1).

Les kystes purulents d'origine microbienne (gonocoque, streptocoque) ou inflammatoire (transformation d'un kyste hématique) ont pour signe la dilatation partielle ou totale de l'oviducte, dilatation dont le volume varie au jour le jour et qu'accompagnent, au moment du premier molimen, des coliques dites salpingiennes, que calment instantanément l'expulsion utérine d'un léger flot de muco-pus ou de pus. Hématiques et purulents, les kystes tubaires s'accompagnent de cellulite ambiante, dont les diverses manifestations et les poussées subaiguës, ou aiguës, avec ou sans pelvi-péritonite ont été précédemment étudiées.

(1) A ce propos, je ferai remarquer, une fois pour toutes, que, si je dis : telle chose arrive, c'est que *je l'ai vue*. Pour tout ce que j'ai *lu* ou *entendu*, je me sers du pronom indéterminé *on* ou je cite l'auteur.

Le varicocèle péri-salpingien a exactement l'apparence de la salpingite vulgaire : boudin péri-salpingien bosselé. noueux, s'accroissant lors du premier molimen, mais le massage de ce boudin et de la trompe qu'il renferme n'est pas suivi d'expulsion de sérosité, pus, muco-pus ou sang par l'utérus. Il s'affaisse par le massage. La saignée menstruelle ou simplement la suractivité circulatoire que j'ai signalée à l'issue des molimens, produisent le même effet. A noter aussi la sensation de démangeaison intérieure dont se plaignait une de mes malades. On sait que les démangeaisons aux membres inférieurs sont un symptôme vulgaire des varices.

Traitement. — Décongestionnant, massage et gymnastique méthodiques. Ce n'est jamais *par expression* que vous videz une trompe ou des vaisseaux gorgés, c'est en excitant la contraction de ces vaisseaux ou des parois du kyste et de son conduit. L'effet *réflexe* est obtenu peu à peu par des massages légers, de douces vibrations qui tonifient l'appareil musculaire et font disparaître la contracture.

Résultats. — Palliatifs, ou même curatifs ; mais après plusieurs cures, dont la première au moins aura la durée des traitements ordinaires, c'est-à-dire trois à quatre mois.

Tumeurs solides et liquides résolubles et résorbables. — Ce sont : 1° les cellulites ou exsudats stratifiés formant coque épaisse autour d'une trompe dilatée, ou qui présentent de petits foyers purulents disséminés. Ces tumeurs ont été étudiées au chapitre des cellulites ; 2° la grossesse ectopique en évolution ou rompue.

Signes. — Dans la grossesse ectopique *en évolution* l'utérus, quoique vide, est augmenté de volume : mieux vaut ne pas pratiquer le cathélérisme même digital à moins de nécessité absolue, à cause des traumas indirects par congestion que j'ai signalés et qui pourraient retentir fâcheusement sur le kyste. Celui-ci forme une tumeur droite ou gauche, s'accroissant lors des molimens, sans rétrocéder à leur issue, avec douleurs d'intensité variable au moment de l'accroissement.

Dans la grossesse ectopique *rompue,* qui est l'*hématocèle*, trois symptômes se montrent et souvent s'associent : douleur intense, syncope, hémorrhagie abondante avec caillots. A droite ou à gauche, dans la fosse iliaque, on perçoit une tumeur molle, diffuse, et *que vous ne devez pas chercher à délimiter.* Constatez sa présence. Cela suffit.

Traitement. — Décongestionnant. Massage et gymnastique méthodiques dans l'un et l'autre cas ; mais si la grossesse ectopique est en voie *d'évolution*, votre massage n'a qu'un but : éclairer le diagnostic toujours obscur, car on confond fort bien (1) un simple œdème périoophoro-salpingien et la grossesse extra-utérine. C'est en cherchant les modalités de la tumeur au moment des molimens, que vous ferez la lumière. Si la crise typique paraît et si la tumeur, loin de diminuer, conserve son volume et s'accroît, abandonnez la kinésithérapie, et conseillez l'opération d'urgence.

Dans l'*hématocèle*, s'il n'y a pas indication formelle d'opérer (inondation péritonéale, péritonite généralisée, collapsus), employez sans tergiverser le

(1) Traité de kinésithérapie. Valeur diagnostique du massage, p. 53.

massage et la gymnastique. Traitement décongestionnant. Moins on temporise, plus on a de temps pour atténuer la crise moliminaire suivante, qui d'ordinaire s'accompagne de métrorrhagie. Si l'atténuation est très prononcée, vous avez toute chance de succès. Les malades que j'ai soignées n'avaient pas de fièvre, mais celle-ci peut exister. Ce n'est pas une contre-indication puisque, comme je l'ai fait remarquer dans cette brochure et ailleurs, au sujet des infectées, le massage tend à ramener la température à la normale (1).

Il n'y a pas de règles particulières pour le massage et la gymnastique en cas d'hématocèle ; je rappelle seulement qu'en toute circonstance et en celle-là surtout, comme dans les poussées de cellulite aiguë, ma méthode est une méthode de douceur.

Résultats. — Curatifs dans les hématocèles récentes. Palliatifs ou curatifs dans les résidus d'hématocèle.

C. DISLOCATIONS

Utérus. — Ovaires. — Trompes. — Reins.

L'utérus, les ovaires, les trompes, les reins, se disloquent.

L'étiologie des déplacements est complexe et il importerait pour le traitement de connaître leur mécanisme. Or, nous ne savons pas grand'chose des conditions de statique des viscères, notamment de l'utérus. Plutôt que de faire à ce sujet quelque théorie, je

(1) Bourcart de Genève a observé le même fait chez des appendicitaires.

résumerai, chemin faisant, mes observations. Le lecteur en tirera quelque enseignement, et la théorie qu'il voudra.

A. UTERUS.

ANTÉDÉVIATIONS. — RÉTRODÉVIATIONS. — ANTÉ-RÉTRODÉVIATIONS. — PROLAPSUS.

Antédéviations.— Je ne crois, ni l'*antéversion*, ni l'*antéflexion*, responsables des méfaits dont on les accuse. L'antéposition est physiologique. Toute controverse à cet égard est aujourd'hui inacceptable.

L'antéposition est *excessive et sans inconvénients* pendant la grossesse et la virginité. Elle est si prononcée chez la femme enceinte qu'on ne peut cerner avec l'index le col de l'utérus gravide, dans l'attitude sur pied. Brandt, grand observateur, faisait de cette impossibilité un signe de grossesse. De même, chez les vierges, l'inclinaison en avant est telle que, jointe au volume du col, à la petitesse relative du corps, à la difficulté de sentir l'orifice cervical à travers la paroi recto-vaginale, elle permet d'hésiter entre la rétro et l'antéposition, quand on explore par le rectum seul, comme on doit toujours le faire à moins d'absolue nécessité.

Puisque l'antéposition excessive de la grossesse et de la virginité, non seulement n'entraîne aucune infirmité, mais représente l'état physiologique, je suis en droit d'affirmer qu'elle ne crée pas la morbidité.

Cependant certaines malades sont traitées par les médecins pour antédéviation pathologique : qu'ont-elles donc ?

Quelques femmes, dont les ligaments ont perdu

toute tonicité, ont l'utérus fléchi en avant, ployé en deux et présentent les signes de pseudo-cystite que j'ai décrits sous le nom de cellulite péri-uréthro-vésicale. On en accuse l'antéflexion ; mais il suffit de traiter cette cellulite pour supprimer l'infirmité, et cependant la flexion persiste.

Ces malades souffrent, en réalité, d'une ptose viscérale et des troubles circulatoires qu'elle entraîne. D'autres malades ont l'utérus aussi fortement antéversé que les vierges et les femmes enceintes, et en souffrent. Ce sont des hypertendues dont l'appareil suspenseur est dur et contracturé.

Traitement. — Décongestionnant. Massage et gymnastique. Dans le premier cas, traitez la ptose généralisée, la cellulite, et excitez le réflexe dynamogène pour relever l'état général. Dans le second, pratiquez la pression péritonéale antérieure (1). Descendez à fond dans le cul-de-sac. Pression continue et contenue, puis retirez la main très doucement. Terminez par des vibrations exécutées avec la paume de la main libre, sur la région des fosses iliaques près des plis inguinaux. Les ligaments deviendront souples. La suspension utérine sera plus élastique.

Rétrodéviations. — On les a divisées en *rétroversions* et *rétroflexions*. Dans les premières l'utérus est rigide ; l'axe du corps et celui du col sont sur une même ligne droite ou courbe. Au contraire, dans les rétroflexions ils forment une ligne brisée. L'angle de flexion est au niveau de l'isthme. De l'antéposition à la rétrodéviation, il y a quantité de situations inter-

(1) Traité de kinésithérapie, p. 111, fig. 39 et 40.

médiaires dans lesquelles varie la position respective du corps et du col. Je les ai décrites et figurées dans mon traité, p. 106 et 107. Les rétrodéviations sont, en règle des latéro-rétro-déviations. Au point de vue clinique, on les divise en déviations *mobiles* et déviations *fixes*, et j'ai subdivisé ces dernières en fixations réelles et fixations apparentes ou, plus scientifiquement, en fixations fibreuses (rares), et fixations par œdème et contracture, (fréquentes). On observe aussi la rétraction.

Signes.— Dans les *déviations mobiles*, l'utérus peu ou point engorgé se laisse réduire ou tout au moins soulever. Aucun symptôme morbide. C'est à peine si la femme se doute que l'utérus n'est pas à sa place.

Traitement. — a). Dormir sur le ventre. Cette attitude, qu'on devrait toujours enseigner aux fillettes, suffit pour prévenir congestions et engorgements. Beaucoup de femmes ne peuvent prendre cette attitude ou la conserver parce qu'elles souffrent des reins. Qu'elles mettent un coussin dur entre le ventre et les matelas ; — b.) Prière mahométane (Hegar et Tarnier) ou position *genu-pectorale*, prise chaque jour pendant les périodes moliminaires si la femme éprouve quelque malaise ; — c.) Décubitus dorsal sur plan incliné (Féré, de Pau) pour soulager l'utérus du poids des viscères.

Dans les *déviations fixes*, il y a, comme je l'ai dit, deux catégories. L'une est fibreuse. Dernier vestige de pelvi-péritonites antérieures, elle consiste en brides ou néo-membranes qui relient solidement l'utérus au bassin ou aux viscères. La fixation fibreuse est beaucoup moins fréquente que la fixation par œdème, contracture ou rétraction qui constitue la seconde catégorie des déviations fixes.

Signes. — Pelvi-péritonites antérieures. Ne pas les confondre avec de simples poussées de cellulite. Brides attachant l'utérus aux parois du bassin ou aux viscères. Elles sont souvent masquées au début du traitement par l'œdème, qu'il faut d'abord dissiper. Le diagnostic des adhérences viscérales est très difficile quand le viscère d'attache est mobile, car l'utérus, mobile lui-même, paraît indépendant.

Traitement. — Massage et gymnastique décongestionnante jusqu'à disparition de la cellulite concomitante, puis ébauche de réduction sans violence. Je suis de moins en moins partisan de l'étirement des brides.

Résultats. — *Contrairement à ce qui a été écrit, on ne doit et on ne peut rompre les vieilles adhérences*. Quant aux adhérences récentes, on les dissout, on ne les rompt pas davantage. Le mieux est de les prévenir. Voilà pourquoi j'insiste sans cesse sur l'importance des traitements précoces, au cours des poussées de cellulite aiguë ou subaiguë. A l'inverse du traitement classique qui, sans souci des ankyloses à venir, obtient la guérison en favorisant les adhérences, principe d'infirmité, la mobilisation méthodique empêche les adhérences et prévient les ankyloses. Les adhérences formées, n'essayez même pas de les rompre. Bannissez de vos traitements l'inutile ou dangereuse violence et aux prises avec des adhérences fibreuses, solides, contentez-vous d'améliorer la situation par la disparition de la cellulite concomitante.

Il y a entre pseudo-fixation et adhérence le même rapport de fréquence qu'entre leurs causes : *congestion*, *inflammation*. L'immobilisation par contracture

ou par rétraction se passe de glose explicative. Celle par œdème vient de ce que les infiltrats tiennent lieu d'un ciment qui aurait été coulé dans le pelvis ; puis à la longue se forment ces membranes celluleuses qui ressemblent au début à des toiles d'araignées communément observées dans les nécropsies. Le massage les dissoudra empêchant leur organisation.

Signes. — Après avoir pratiqué le traitement kinésique pendant quelques jours ou quelques semaines, vous libérez de leur gangue œdémateuse l'utérus et les annexes qui se redressent spontanément ou se laissent redresser sans effort. Voilà le signe pathognomonique de la fixation par œdème. Celui des contractures est de céder à la vibration. Quant aux rétractions, aussi irréductibles que les adhérences, s'il y a sclérose, l'absence de pelvi-péritonite antérieure peut seule les faire distinguer des fixations par néo-membranes.

Traitement. — Massage et gymnastique décongestionnante jusqu'à mobilisation parfaite de l'utérus *et des ovaires*. Alors, *mais alors seulement* on peut réduire.

La *réduction* est une opération dans laquelle la violence est proscrite. *Vous devez attendre que le fond de l'utérus puisse être placé sur la ligne médiane et que les annexes soient libres elles-mêmes*, alors l'utérus rétrodévié se soulève seul et vient à la rencontre de votre main. Tout utérus tend à quitter par le massage la cavité pelvienne. *Dès que les annexes sont libérées* de la cellulite ambiante, il suffit d'exécuter quelques vibrations à droite et à gauche sur les ligaments larges pour que le fond de l'organe se laisse accrocher au travers la paroi abdominale et ramener

contre la symphyse ou même s'antéverse par la seule vibration.

Si l'utérus, encore lourd et mou, rétrofléchi, reste dans la concavité sacrée, introduisez l'index dans le rectum, cherchez, dilatez *sans brusquerie* et dépassez le sphincter d'O'Beirn pour mettre la phalangette *au-delà* du fond utérin. Malaxez *doucement* avec la main droite le paquet viscéral pour le mobiliser. Poussez *légèrement* le fond utérin sur la ligne médiane et soulevez-le *sans effort*. Exécutez alors les vibrations sur les ligaments larges, et si le fond utérin s'élève, accrochez et antéversez. Si le fond utérin n'est pas sollicité par la vibration, introduisez le pouce dans le vagin, et, retirant un peu l'index rectal, mettez la pulpe du pouce sur l'isthme au-delà de l'angle de flexion ; exécutez avec la main droite la pression redressante de Brandt (1) ou pression péritonéale antérieure. Puis accrochez doucement le fond utérin perçu à travers la paroi abdominale et conduisez-le vers le pubis.

Pour être certain que l'utérus est en place, *il faut que la main qui masse, parcoure sa face postérieure jusqu'à l'isthme, que le col fuie vers la concavité sacrée, et que le fond soit en contact avec le pubis.* Ces trois signes réunis sont indispensables. *Il ne suffit pas de percevoir un corps qui ballotte entre les doigts.*

On ne peut apprécier les dimensions vraies de l'*utérus, corps et col*, qu'après réduction. Le corps renversé est souvent gros et allongé. Redressé, il diminue dans des proportions parfois considérables. Le col d'un utérus renversé paraît trop long ou trop court et toujours abaissé.

(1) Traité de kinésithérapie, p. 111, fig. 39 et 40.

Il y a deux moments physiologiques où la réduction se prépare et s'opère même spontanément au cours des traitements ou après eux, c'est le lendemain des molimens, les XIVe et XVe jours, et les XXVIe, XXVIIe jours, veille des règles. Sachez mettre à profit ces instants.

Si vous ne réussissez pas, soit parce que l'utérus est trop haut situé, soit parce que vos doigts sont trop courts, soit parce qu'impatienté vous avez prolongé des tentatives de réduction qui ont congestionné et alourdi l'organe, remettez la réduction à une autre séance ou même abandonnez-en l'espoir. L'inconvénient est médiocre si la femme ne souffre plus, toute cellulite ayant disparu.

L'utérus réduit reprend en général sa position vicieuse dans les heures qui suivent. Réduisez-le chaque jour, et profitez de cette réduction momentanée pour le masser méthodiquement, lui et les annexes, dont la congestion et les altérations concomitantes favorisent la bascule en arrière et s'opposent à la réduction.

Le *maintien* de la réduction peut être facilité par l'exercice gymnastique orthopoiétique de la flexion du tronc en avant avec résistance de la malade (1) et par un mode spécial d'élévation (2). Mais cette dernière manœuvre kinésique doit être employée seulement *dans les cas où les ovaires sont débarrassés de toute cellulite* et par conséquent ne s'œdématient plus, même au moment des molimens. Autrement, vous congestionnerez les annexes, vous avancerez les règles et vous entretiendrez la cellulite oophoro-tubaire qui favorise la rétrodéviation.

(1) Traité de kinésithérapie, p. 318, fig 169 et 170.
(2) Traité de kinésithérapie, p. 07.

Il y a des utérus massés qui restent en place et d autres qui retombent sans cesse. Il y a des réductions temporaires, spontanées, à jour fixe. Phénomènes bien curieux inconnus des médecins et des livres. C'est ici l'occasion d'examiner les causes de la rétrodéviation et de la réduction, à la lumière des faits que j'ai personnellement observés et décrits le premier.

La doctrine classique du relâchement ligamentaire, pour être exacte, n'en est pas moins insuffisante ou plutôt a été insuffisamment commentée. Pour moi, le relâchement est *une paralysie* : certains utérus réduits artificiellement retombent *jusqu'à la ménopause*, époque où ils se réduisent spontanément et définitivement. On observe le fait, même dans le cas de rétrodéviation invétérée, et on voit des rétro-déviations également invétérées disparaître par le concours d'une grossesse, bien avant l'époque où l'utérus agrandi est forcé de quitter la cavité pelvienne. J'ai même fait de cette réduction un signe de gestation. Si, dans l'un et l'autre cas, le renversement de l'organe était causé par la perte définitive de la tonicité ligamentaire, par quel miracle ce relâchement aurait-il brusquement cessé ? Pour les femmes gravides, on pourrait, à la rigueur, invoquer la néoformation ou l'hypergenèse de fibres élastiques et musculaires ; mais pour les femmes en ménopause ? Qu'on y réfléchisse. C'est au moment où la vitalité des organes génitaux était sur son déclin que j'ai vu reparaître la tonicité ligamentaire. J'ai donc raison de trouver la théorie classique du relâchement insuffisante ou plutôt de dire que le relâchement n'est pas une simple élongation des ligaments avec disparition graduelle des fibres élastiques et musculaires, mais, avant tout, une *paralysie*

d'origine vaso-motrice. C'est logique et à la logique s'ajoutent les faits. En voici trois encore, qui jettent une clarté nouvelle sur la statique utérine.

1° Si, après avoir réduit une ancienne et persistante rétrodéviation, vous exercez ce que j'ai décrit sous le nom de « pression péritonéale ou vaginale antérieure (1), vous constatez souvent que l'élasticité des ligaments est intacte. L'utérus, par leur naturel ressort, monte, descend et s'antéverse. Cependant l'antéversion ne se maintient pas ;

2° Lorsqu'on essaye en vain de réduire un utérus facilement réduit les jours précédents, on constate que l'une des cornes utérines est flasque comme une anse intestinale et que les annexes correspondantes sont molles et œdémateuses.

3° Le phénomène de la réduction artificielle ou spontanée coïncide en général avec l'issue des molimens et celui des échecs ou du renversement spontané correspond à leur période d'état.

De ces trois faits on peut conclure que la tonicité ligamentaire d'utérus même habituellement et anciennement rétrodéviés subsiste en nombre de cas, et que la congestion, l'œdème, les infiltrats qui se font dans la période des stases jouent un rôle capital dans les déviations.

Donc, à mon avis, la persistance et le retour moliminaire de la cellulite péri oophoro-salpingienne *agissant par la pesanteur et paralysant les fibres élastiques et contractiles auxquelles la tonicité est due*, s'opposent à la réduction définitive.

Les dimensions du col, la longueur de la paroi an-

(1) Traité de kinésithérapie, p. 111.

térieure du vagin, ont également une influence sur les déviations. L'amputation cervicale favorise parfois la réduction. Cela ne veut pas dire que je conseille cette opération qui a de graves inconvénients chez les femmes jeunes et fécondables. Mieux vaut diminuer le col par le massage, si la régression des tissus morbides est encore possible. J'explique l'influence qu'exercent les gros et longs cols sur la statique utérine autant par la simple mécanique, que par la diminution ou suppression de la cellulite annexielle qui est parfois la conséquence de la désinfection du cervix amputé.

J'ai indiqué dans mon traité, p. 7 et 8, une expérience cadavérique facile, qui prouve que la paroi antérieure du vagin est un puissant ligament antéverseur. Baudron pense que l'arrêt de développement de la paroi postérieure trop courte joue un rôle dans les déviations congénitales, c'est vraisemblable et d'accord avec cette expérience.

Résultats. — Parfaits si vous arrivez à maintenir l'utérus *in situ*. On y arrive d'autant plus facilement que la cure est plus tôt entreprise. Vous pouvez assister à la formation des déviations à la suite des avortements ou des accouchements lorsqu'on laisse la subinvolution persister et la cellulite s'installer.

Nombreux sont les cas de rétrodéviation chronique dans lesquels on n'arrive qu'à la réduction temporaire. Les résultats cependant sont bons si l'on supprime ou atténue la cellulite douloureuse.

Anté-rétro-déviations. — J'ai décrit et figuré (1) cette

(1) Traité de kinésithérapie, p. 107.

variété que nul traité français ne signale, je crois. En Allemagne, Fritsch et Schulze l'auraient également constatée (1).

Signes. — Utérus en coquille de limaçon, en cor de chasse, en copeau d'acier : on dirait que les fibres antérieures du faisceau ansiforme d'Hélie se sont rétractées. La lèvre antérieure du col et le fond du corps sont en contact.

Traitement. — Massage et gymnastique. C'est sur la base des ligaments larges autour du col qu'il faut agir, par vibrations surtout.

Résultats. — Souvent ingrats au point de vue de la déformation proprement dite. Il serait intéressant de savoir si, à la suite d'une grossesse, de tels utérus reprennent spontanément l'attitude vicieuse.

Prolapsus. — C'est l'abaissement ou chute du vagin et de l'utérus.

Signes. — La sensation de poids, de béance, voire d'issue, n'est pas un signe pathognomonique de prolapsus ni même d'imminence de prolapsus. *C'est le signe pathognomonique de la congestion*. Si on l'observe habituellement en cas de prolapsus, c'est que la congestion est alors constante, mais on n'est pas autorisé à déduire la chute ou la menace de chute d'une sensation de pesanteur. Erreur commune cependant, d'où résulte le conseil néfaste des pessaires.

La cystocèle est de règle et constitue, elle, le véritable signe prodromique ou concomitant du prolapsus utérin.

(1) Consultez à ce sujet la note du Traité de kinésithérapie, p. 622.

On constate aisément la cystocèle débutante, non pas au doigt, comme la cystocèle prononcée, mais à la vue ; il suffit de dire à la femme de pousser pour être fixé. Quand la paroi vésico-vaginale bombe pendant la poussée, et *ne se réduit que très lentement après cessation de l'effort*, la cystocèle est en voie de formation.

La rectocèle peut coexister. Le col utérin est à la vulve ou hors de la vulve, seul, ou accompagné d'un segment du corps. Il y a tous les degrés de prolapsus. Le col est hypertrophié, élargi, allongé au point de faire issue, parfois sans abaissement réel du corps. Il importe et il est aisé de faire le diagnostic entre cet allongement dit de Huguier et le prolapsus.

Traitement. — La grossesse. Massage et gymnastique décongestionnante. Ajoutons à cette dernière, si le plancher est lâche : 1° l'exercice de rétraction périnéale décrit p. 7, que la malade exécutera chez elle deux fois par jour ; 2° l'adduction fémorale (1).

Cet exercice précèdera l'abduction. Le siège sera soulevé haut. L'action est alors plus énergique. De plus, après disparition de toute cellulite oophoro-tubaire, laquelle pourrait congestionner les annexes et avancer les règles, pratiquez l'élévation (méthode du prolapsus (2), suivie ou non d'un tapotement sacré *très léger* dans la position inclinée en avant, et d'un temps de repos dans le décubitus abdominal, avec un coussin dur sous le ventre.

Résultats. — J'ai vu le succès complet, rapide et définitif, ce succès qui tient du prodige, dans lequel

(1) Traité de kinésithérapie, p. 321 et suivantes.
(2) Traité de kinésithérapie, p. 331, fig. 180 et 181.

l'utérus est remis en place comme un os luxé, succès de rencontre qui a été l'origine des recherches de Brandt. Le plus souvent, je n'ai pu qu'atténuer l'infirmité au point de la rendre tout à fait supportable, en supprimant la congestion et l'infiltration des tissus. L élévation diminue étonnamment le volume de l'utérus. L'élévation ou même le massage seul réduisent la cystocèle à de minimes proportions.

Dans quelles conditions le succès, c'est-à-dire la *restitutio ad integrum*, et dans quelles l'échec ? Voilà ce qu'il faut savoir.

Mes observations à ce sujet sont les suivantes : Je n'ai, *moi*, *et jusqu'à présent*, obtenu de succès complet, c'est-à-dire de guérison radicale et *définitive*, qu'en opérant sur les femmes enceintes. Pourquoi ?

Ce n'est pas que l'utérus trop gros ne pût tenir dans la cavité pelvienne et tendît à s'élever seul. Son volume n'était pas suffisant. D'ailleurs l'infirmité se serait reproduite après l'accouchement tout au moins. Ce sont les conditions d'élasticité et de souplesse des attaches utérines que l'approche des règles et la grossesse créent, mais que la grossesse seule entretient, *cette irrigation parfaite qui prévient ou supprime les paralysies ligamentaires* qui ont permis la reposition du col et du corps au lieu d'élection.

Quel est ce lieu d'élection ? Pour le corps, c'est facile à dire. Il doit être libre, le fond contre la symphyse obéissant aux variations vésicales ; mais pour le col, il est relativement fixe. La position du col me paraît être aussi importante que celle d'une clef de voûte.

L'utérus *se luxe*, luxation brusque, ou luxation lente, pathologique. Il en résulte des déviations et des ptoses et dans ces luxations *le déplacement du col joue*

un rôle prépondérant, à mon avis. Je fonde cet avis sur les observations suivantes. J'ai pu, même dans des cas invétérés, même en deux ou trois séances, même avec un aide peu exercé, remettre en place l'utérus. Dans ce cas le corps s'élève, le fond s'antéverse, le *col fuit en arrière et se replace comme un os dans sa cavité, et y reste.*

J'ai échoué dans des ptoses toutes récentes, malgré l'excellence de l'aide et malgré une persévérance de plusieurs semaines. Dans ce cas le corps s'élève, le fond tend à s'antéverser, mais *pendant l'opération le col se fléchit sur le corps* ; il reste luxé.

Quand j'ai réussi, les doigts de l'aide déprimant les tissus, étaient placés au-dessous de la portion vaginale du col.

Quand j'ai échoué, ils ne dépassaient pas l'isthme.

Dans le premier cas le vagin s'était allongé et rétréci, serrant parfois mon index à la façon d'un sphincter. Dans le second, le vagin ne s'est pas modifié.

C'est à la fin du 4e septénaire, à l'approche des règles, c'est-à-dire qu'on le remarque, du petit état puerpéral, que les malades sont le plus allégées par l'élévation, et que la réduction, même imparfaite, se maintient le plus longtemps.

Dans les prolapsus comme dans les déviations, il est *exceptionnel* que les ligaments perdent toute tonicité. Ce sont alors des chiffons mouillés et l'élévation est inutile. D'*ordinaire* ils sont épais, congestionnés, hypertrophiés même. De même, le vagin est hyperplasié. Ce puissant ligament utérin antéverseur, comme je l'ai démontré à propos des rétrodéviations, joue peut-être dans les ptoses, par son poids tout au moins, le rôle d'a-

baisseur. L'élévation et même le simple massage tendent à lui rendre ses qualités physiologiques.

Ces observations dont d'autres, plus habiles et plus sagaces que moi, pourront tirer parti pour la recherche des conditions de succès de l'élévation, ne me permettent que les conclusions suivantes :

A. — Le col se luxe dans les ptoses utérines. De sa réduction dépend la reposition définitive. *Hic jacet lepus.*

B.—Les ligaments larges, loin d'avoir perdu la puissance contractile, sont hyperplasiés comme le vagin et retrouvent aisément leur tonicité élastique.

C. — Les ligaments utéro-sacrés jouent le rôle prépondérant.

D. — L'amélioration par le massage et la gymnastique, qui compense constamment l'insuccès des manœuvres élévatoires, tient à la diminution ou disparition des congestions et de l'hypertrophie concomitante.

E. — La rapidité du courant sanguin intra-génital, désinfiltrant, amollissant, vitalisant les tissus *paralysés* comme un filet d'eau chaude assouplit les viscères congelés, est indispensable à la *restitutio ad integrum* ; ce que démontrent le succès absolu de l'élévation pendant la grossesse, et son succès relatif à l'approche des règles.

B. — OVAIRES ET TROMPES

Ptose et fixation.— Les faibles attaches de l'ovaire et de la trompe cèdent facilement au poids de ces or-

ganes congestionnés. En raison même de cette faiblesse, la distension de leurs mésos et ligaments est d'ordinaire définitive et incurable ; sans grande importance d'ailleurs, à condition qu'ovaires et trompes soient libres. J'ai vu des trompes habituellement prolabées sur la concavité sacrée, s'ériger et flotter au détroit supérieur. A l'issue des molimens, elles sont animées de véritables *mouvements tentaculaires*.

Signes. — Quand l'utérus est *in situ* et les annexes introuvables à leur place anatomique, mais libres, cherchez-les sur les flancs de l'utérus. L'ovaire est en général au niveau de l'isthme, pendu au ligament utéro-ovarien, gros comme un fort crayon si la cellulite l'a envahi. Ce ligament est parfois si court que l'ovaire, cellulitique lui-même, semble l'avoir avalé. L'un et l'autre se confondent. Quant aux trompes, prolabées ou à leur place, elles ne peuvent être délimitées, que si l'œdème les gonfle et si elles se contractent sous le doigt. Elles ne sont jamais distinctes au voisinage de l'*ostium uterinum* ; mais seulement dans leurs tiers externe et moyen. Quand l'utérus est renversé, ovaires et trompes disloqués et libres se trouvent au voisinage des ligaments de Douglas et de la concavité sacrée ou au-dessus d'elle.

Il n'est probablement pas de point de la ceinture osseuse pelvienne, ni de viscère pelvien auquel les annexes ne puissent adhérer à la suite des pelvi-péritonites. Ne pas confondre la trompe prolabée, avec une anse ou un diverticulum intestinaux, douloureux et contractiles quand ils contiennent des coprolithes. D'ailleurs, s'il est souvent facile de reconnaître la position exacte d'un ovaire ou d'une trompe, cela est parfois impossible. Même la douleur spéciale à la pres-

sion de l'ovaire, douleur qui s'irradie vers les lombes en contournant la crête du bassin, et qui est indiquée dans mon traité comme signe pathognomonique, manque dans certains cas.

La fixation des ovaires cellulitiques au voisinage du rectum, contre les replis de Douglas, cause des souffrances spéciales et caractéristiques qui surviennent soit lors des poussées périodiques moliminaires, soit à l'apparition des règles, *au passage d'une garde robe*, avant son expulsion. Les souffrances ne cessent que par la libération de l'ovaire fixé.

Traitement. — Décongestionnant. Massage et gymnastique. En cas de déviation utérine, les annexes ptosées, mais libres, se réduisent d'elles-mêmes par la réduction de l'utérus ou du moins sont mises dans une situation qui les soustrait aux adhérences que des poussées aiguës ou subaiguës détermineraient contre les ligaments de Douglas et le rectum. La grosse affaire est, comme toujours, la disparition de la cellulite. Quant aux fixations fibreuses et solides, elles sont aussi incurables que celles de l'utérus.

Résultats. — Curatifs ou palliatifs. Jamais nuls.

C. REIN.

Ptose. — Je n'ai pas encore vu la dislocation du rein gauche. Quant à celle du rein droit, *elle est si fréquente, au moins comme simple relâchement des attaches* (*variété respiratoire*), *que la moitié au moins, peut-être les deux tiers des génitales, la présentent*. Cette grande fréquence d'une infirmité liée au déséquilibre abdominal et pour ainsi dire familiale dans

le groupe des débilitées, ptosées, entéritiques, congestionnées, appendicitaires,etc., etc., démontre une fois de plus l'influence du neuro-arthritisme sur l'évolution des maladies des femmes.

Signes. — Il n'y en a qu'un pathognomonique. La palpation le fournit et pour cette recherche la méthode de Guyon et celle de Glénard sont parfaites ; mais persuadez-vous que la variété respiratoire ne peut être constatée tous les jours. Voilà pourquoi les médecins qui se contentent d'un seul examen traitent confraternellement d'ânes les augures qui ont trouvé ce qui leur échappe à eux-mêmes. C'est au moment des molimens que le rein congestionné tend à quitter sa loge et s'engage comme un noyau de fruit dans l'anneau que forment le pouce et l'index pour le saisir au passage. Un pharmacien de Paris m'a indiqué une méthode d'analyse des urines pour la recherche du rein flottant. Il la considérait comme un critérium ; mais elle ne donne pas de résultats constants. Elle n'en est pas moins fort utile. *Trois phénomènes concordant*, la diminution de l'urée, la présence des cylindres hyalins et celle de l'indican constituent un signe de présomption de la ptose rénale.

La rétrodéviation de l'utérus coïncide souvent avec la ptose rénale.

Très nombreuses sont les vierges et femmes débiles, menacées d'appendicites, atteintes de ptose rénale, dysménorrhéiques, subictériques, en possession d'ovaires cellulitiques, micro-kystiques, d'utérus déviés, entéritiques, constipées présentant des règles insuffisantes ou au contraire profuses, des congestions ou vaso-dilatations erratiques du pharynx, des yeux, des sommets pulmonaires et régulièrement menacées d'avortement

par hémorrhagie au cours des trois premiers mois de la grossesse. Le traitement kinésique leur rend le plus grand service d'abord en les améliorant, ensuite en les mettant à l'abri des diagnostics erronés ou incomplets, principe de traitements insuffisants ou nuisibles et d'opérations dangereuses.

Traitement. — Vibration exécutée *sous* l'extrémité inférieure du rein avec la phalangette des quatre doigts d'une main déprimant la peau et refoulant l'organe dans sa loge. L'autre main embrasse l'hypochondre et la région lombaire correspondante et vibre elle-même. Pas de ceinture, autant que faire se peut. En tous cas jamais de ceinture à pelote. Favoriser l'embonpoint. Traitement des complications utéro-annexielles et cures kinésiques générales.

Résultats. — Excellents, si le traitement est suffisamment prolongé, parce qu'en rajeunissant la circulation abdomino-pelvienne de ces malades on les met aussi bien à l'abri des congestions viscérales génitales et extra-génitales auxquelles elles sont exposées que des congestions rénales.

IIe PARTIE. — CONTRE-INDICATIONS

La kinésithérapie est contre-indiquée par :

a) **La péritonite aiguë généralisée ;**
b) **Les tumeurs malignes ;**
c) **Les tumeurs bénignes liquides non évacuables ;**
d) **Le pus collecté en cavité close ;**
e) **Les névroses héréditaires ;**

Dans la *péritonite aiguë généralisée* le traitement n'est même pas applicable.

Dans les *tumeurs malignes* et dans les *tumeurs bénignes liquides non évacuables*, il est inutile.

Inutile encore et, qui plus est, dangereux dans les *collections purulentes liquides volumineuses et closes.*

Ne pas confondre le pus collecté, et les petits foyers purulents disséminés dans les tuméfactions solides dites : engorgements, phlegmasies (auteurs français), exsudats (allemands), cellulite ou œdème (Stapfer). Ne pas oublier qu'il suffit à beaucoup de chirurgiens de trouver les culs-de-sac encombrés par ces tuméfactions du tissu cellulaire pour affirmer la présence du pus collecté et déclarer indispensable la castration. Les cellulites de ce genre ne sont en général que des phlegmons non suppurés. Elles constituent *la principale indication* du traitement kinésique et, son triomphe, on peut le dire, par la quantité d'opérations inutiles ou néfastes qui sont ainsi supprimées.

La complication des *névroses héréditaires* ne contre-indique pas absolument le traitement. On l'essaie, quitte à l'abandonner s'il échoue.

On reconnaît l'échec au défaut d'amélioration perçue par la malade après un mois ou six semaines de traitement. On reconnaît encore l'échec à l'absence de bien-être et de légèreté du ventre, dont les femmes se louent dans les premières heures qui suivent la séance. L'échec se juge enfin à l'insomnie. Essayez alors le traitement intermittent, de deux en deux jours. Ayez la main exceptionnellement légère. Si le sommeil ne revient pas, suspendez la kinésithérapie. L'échec est définitif. Il est dû à l'hyperexcitabilité, pour les névrosées

rebelles dès les premiers essais. J'ai vu ainsi la méthode absolument inapplicable à des femmes châtrées, alitées depuis l'opération, et atteintes de cellulite généralisée. Le massage est pourtant seul maître des diverses formes de cette affection ; mais à condition d'être applicable et il ne l'est pas chez les malades épuisées par la souffrance et hyperexcitables.

Pour les névrosées qui supportent le traitement, et dont les organes génitaux malades se modifient même favorablement, sans qu'elles perçoivent aucune amélioration locale ni générale, l'explication de l'échec est autre. Je me suis demandé, dans la monographie Masson, si le réflexe dynamogène, accélérateur et régulateur de la circulation générale, que fait naître le massage du ventre (1) existait chez certaines hystériques. Hypothèse logique, car le réflexe inhibitoire peut leur manquer. Pitres, de Bordeaux, a appelé l'attention sur ce fait connu depuis la sorcellerie. On sait qu'un coup sur le creux épigastrique peut déterminer la mort. On frappe impunément à coups redoublés, le ventre de certaines hystériques. Cela constituait même, au moyen âge, une épreuve décisive, dans l'appréciation des marques sataniques. Evidemment l'absence de réflexe inhibitoire entraîne celle du réflexe dynamogène.

(1) Traité de kinésithérapie, p. 34, 47, et chap. 1 de la IVe partie ; voyez aussi pour le compte rendu *in extenso* des expériences, la thèse du Dr Romano. Paris, Baillière.

TABLE DES MATIÈRES

B. — AFFECTIONS GÉNITALES

C. — DISLOCATIONS

CONTRE-INDICATIONS

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères